

# FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE

## Datos del Prestador

Profesional de Salud y/o Establecimiento de Salud (Médico, Clínica, Hospital, Centro médico, Consultorio, etc.)

Hospital de Puerto Montt

Dirección del Profesional de Salud y/o Establecimiento de Salud

Ciudad

Puerto Montt

Nombre persona que notifica

RUT persona que notifica

## Antecedentes del Paciente

Nombre completo

RUT

Entidad Previsional

Dirección

Comuna

Región

Teléfono fijo

Celular

Correo electrónico (E-mail)

## Información Médica

El problema de salud que padece es:

Examen Diagnóstico:

Producto 1:

Producto 2:

Producto 3:

Elemento de uso médico:

## Constancia

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a :

## Notificación

Fecha:

### Informé Diagnóstico y Beneficio

Firma de la persona que notifica

### Tomé Conocimiento

Firma o huella digital del paciente o representante

En caso que la persona que "tomó conocimiento" no sea el paciente, identificar los siguientes datos:

### Antecedentes del representante

Nombre:

RUT:

Datos de contacto:

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular:

Correo electrónico(E-mail):