



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

OFICIO CIRCULAR IF/Nº 15

ANT. : Circular IF/º227, de fecha 16 de septiembre de 2014.

MAT. : Informa modificaciones al Formulario de Constancia de Información al Paciente GES.

SANTIAGO, 23 OCT. 2014

DE : INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD (TP)

A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN

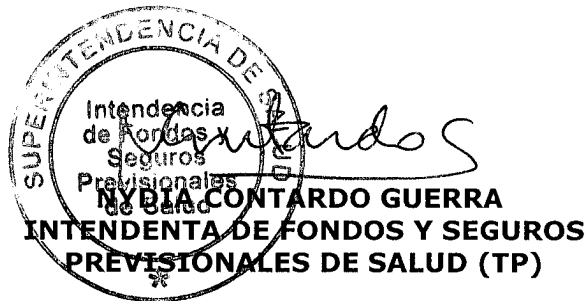
Como es de su conocimiento, a contar del 1º de julio de 2005, los prestadores de salud deben informar tanto a los beneficiarios de isapres como de Fonasa, que se les ha confirmado el diagnóstico de alguno de los problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud (GES); el momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías y; que para tener derecho a las prestaciones garantizadas en forma explícita deberán atenderse dentro de la Red de Prestadores que le corresponda. La citada notificación se realiza a través del Formulario de Constancia de Información al Paciente GES, que se encuentra en el anexo Nº3, Capítulo VI "De las Garantías Explícitas en Salud GES", del Compendio de Beneficios, contenido en la Circular IF/Nº77, de 2008.

En relación a lo anterior, informo a usted que, a través de la Circular IF/Nº227, de fecha 16 de septiembre de 2014, se modificó el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES, eliminando de su reverso, el título "Problemas de Salud Garantizados según D.S. Nº4, de 2013, de Salud" y su contenido, con el objeto de enfocar el respectivo Formulario en aquella información relacionada específicamente con el problema de salud que está siendo diagnosticada por el prestador de salud.

En consecuencia, se adjunta al presente Oficio Circular, el formato del correspondiente Formulario GES.

Cabe recordar a usted que el FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES, se encuentra disponible en www.superintendenciadesalud.gob.cl, específicamente en la sección: Servicios - Guía de Servicios - Prestadores- GES-AUGE- Formulario de Constancia al Paciente GES.

Saluda atentamente a usted,



AMAW/LRS/CRF
Distribución

- Ministerio de Salud
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Director Fondo Nacional de Salud
- Gerentes Generales de Isapres
- Directores Servicios de Salud
- Seremis de Salud
- Asociación de Clínicas
- Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privados A.G.
- Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Fiscalía
- Subdepto. de Fiscalización GES
- Subdepto. de Regulación
- Oficina de Partes

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: _____

RUT: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

RUT: _____ FONASA _____ ISAPRE _____

DOMICILIO _____ COMUNA _____
REGIÓN _____

N° TELEFONO FIJO _____ N° CELULAR _____

DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL) _____

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:

Confirmación Diagnóstica

Paciente en Tratamiento

CONSTANCIA:

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, siempre que la atención sea otorgada en la red de Prestadores que me corresponde según Fonasa o Isapre, a la que me encuentro adscrito.

IMPORTANTE:

Tenga presente que si no se cumplen las garantías, usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: _____

INFORMÉ DIAGNÓSTICO GES

TOMÉ CONOCIMIENTO

(Firma de persona que notifica) (Firma o huella digital del paciente o representante)

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

Nombre: _____ Rut: _____

N° Celular----- Dirección correo electrónico (e-mail)-----

