

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍA DEL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA
(EMP)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____
RUT: _____

ANTECEDENTES DE LA USUARIA

NOMBRE: _____ EDAD: _____
RUN: _____ TELÉFONO DE CONTACTO: _____
DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____
REGIÓN: _____ CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL): _____
PREVISIÓN: _____
MECANISMO DE NOTIFICACIÓN DE RESULTADO ALTERADO:
 CORREO ELECTRÓNICO CARTA CERTIFICADA OTRO ¿CÚAL? _____

IMPORTANTE: La usuaria da fe de que los datos proporcionados son fidedignos, puesto que serán ocupados por este centro de salud para realizar la notificación en caso que el resultado de la mamografía este alterado, en un plazo que no podrá exceder los 5 días hábiles contado desde la fecha de realización del examen. En cualquier caso, la beneficiaria podrá acercarse a este prestador a retirar su informe.

FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE O TIMBRE DE LA
INSTITUCIÓN

FIRMA O HUELLA DE LA BENEFICIARIA O
REPRESENTANTE