

**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: \_\_\_\_\_  
RUN: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEL PACIENTE**

NOMBRE LEGAL: \_\_\_\_\_  
NOMBRE SOCIAL: \_\_\_\_\_  
RUN: \_\_\_\_\_ PREVISIÓN: \_\_\_\_\_ FONASA \_\_\_\_\_ ISAPRE  
DOMICILIO \_\_\_\_\_ COMUNA \_\_\_\_\_ REGIÓN \_\_\_\_\_  
N° TELEFONO \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

PROBLEMA DE SALUD GES: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 Sospecha  Diagnóstico  
 y/o Etapificación  Tratamiento  Seguimiento  Rehabilitación

**TIPO ATENCIÓN**

Presencial  Teleconsulta

**CONSTANCIA:**

Tomó conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, en la medida que me atienda en la red de Prestadores que asigne el Fonasa o la isapre, según corresponda.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**INFORMÉ PROBLEMA SALUD GES**  
(Firma de persona que notifica)

\_\_\_\_\_  
**TOMÉ CONOCIMIENTO\***  
(Firma o huella digital del paciente o representante)

\* En la modalidad de teleconsulta, en reemplazo de la firma o huella, se registrará el medio a través del cual el paciente o su representante tomó conocimiento:

Correo electrónico  carta certificada  otros (indicar)

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

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUN: \_\_\_\_\_  
N° TELÉFONO \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**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.