

ARMADA DE CHILE
IIa. ZONA NAVAL
HOSPITAL NAVAL "A.A" (T)

C A R T A O R D E N
(Autorización de Atención)

NRO. 101344600
FECHA. 20-10-2015

Al: CEOT S.A

Dirección : SAN MARTIN 920 CONCEPCION

Fono: 2108251

Nombre Paciente : PARRA MANRIQUEZ DALILA .

R.U.N. : 002864069-2

Nombre Respons. : PARRA MANRIQUEZ DALILA .

R.U.N. : 002864069-2

Institución : 200

Parentesco : SI MISMO

N.P.I. : 2241000

Factura Nro. : 3163 Fecha 30/11/2015 Monto(\$): 80.000,00

Por la presente se autoriza la atención del(a) paciente, otorgándole

Servicios de : COCLEOVESTIBULAR CON ELECTRONISTAGMOGRAFIA OCTAVO PAR

Adicionales

Detallar :

004259

Solicitado por médico Dr.: CARDENAS RAMIREZ CES Especialidad : OTORRINOLARI

NOTA : Interconsulta válida sólo para la cobertura de gastos de urgencia y hospitalización, hasta que el paciente antes individualizado pueda ser trasladado a Hospital Naval (T). NO VALIDA PARA COBERTURA DE EXTRAS.

Facturar a HOSPITAL NAVAL "ALMTE.ADRIAZOLA", R.U.T. 61.102.025-2
adjuntando :

- 1.ORIGINAL VALORIZADO DE ESTE DOCUMENTO
- 2.ORIGINAL DE INTERCONSULTA MEDICA DE DERIVACION
- 3.INFORME (adjunto) INDICANDO DIAGNOSTICO(S) Y TRATAMIENTO
- 4.DETALLE DE PRESTACIONES MEDICAS,Y/O MEDICAMENTOS
- 5.EN CASO HOSPITALIZ.,ADJUNTAR COPIA HIST.CLINICA PCTE.

Esta Orden de Atención tiene una VALIDEZ DE 30 DIAS para su cobro.

"Considerase aceptada la Factura o Boleta en cobro, si desde su recepción física y en un plazo no superior a 30 días no nos hemos pronunciado al respecto"

ENVIAR LA DOCUMENTACION A :

Hospital Naval, Michimalongo s/n, Base Naval, TALCAHUANO.



ALEJANDRO ESPINOZA B.
CAPITAN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLINICO.