

RODRIGO MARQUEZ MARNICH
CAPITAN DE FRAGATA SN
DIRECTOR

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. 101319900
FECHA. 10-09-2015

Al: SOC.DR.CARLOS ROJAS Y CIA LTDA
Dirección : COCHRANE TORRE 635 CONCEPCION

Fono:

Nombre Paciente : SEPULVEDA CACERES ELIZABETH DE
Nombre Respons. : GALLARDO CARTES JORGE GREGORIO
Institución : 200 Parentesco : CONYUGE

R.U.N. : 006889651-7
R.U.N. : 004678372-7
N.P.I. : 0127000

Factura Nro. : 164 Fecha 27/10/2015 Monto(\$): 20.000,00

Por la presente se autoriza la atención del(a) paciente, otorgándole
Servicios de : CONSULTA DE ESPECIALIDADES (CIRUGIA PLASTICA)

Adicionales
Detallar :

Solicitado por médico Dr.: CUADRA GUENANTE ELIE Especialidad : NEUROCIRUGIA

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