



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. 101324400  
FECHA. 22-09-2015

Al: SOC.DR.CARLOS ROJAS Y CIA LTDA

Dirección : COCHRANE TORRE 635 CONCEPCION

Fono:

Nombre Paciente : SANTANDER BREVIS MARIA ALEJAND  
Nombre Respons. : ARRIAGADA CIFUENTES PAULO ANTO  
Institución : 001 Parentesco : CONYUGE

R.U.N. : 013267909-6  
R.U.N. : 013107229-5  
N.P.I. : 5993976

Factura Nro. : 16120 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.: TALBOT CRISTI EDWARD Especialidad : CIRUGIA GENE

**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

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. 101334100  
FECHA. 30-09-2015

Al: SOC.DR.CARLOS ROJAS Y CIA LTDA

Dirección : COCHRANE TORRE 635 CONCEPCION

Fono:

Nombre Paciente : ROMERO SARAVIA PATRICIA VICTOR  
Nombre Respons. : HERNANDEZ REVECO ALEXIS BERNAB  
Institución : 001 Parentesco : CONYUGE

R.U.N. : 017376236-4  
R.U.N. : 013780149-3  
N.P.I. : 5762003

Factura Nro. : 1612 Fecha 22/10/2015 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.: TALBOT CRISTI EDWARD Especialidad : CIRUGIA GENE

**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.

  
CHRISTIAN WERNER SOTO  
CAPITÁN DE FRAGATA SN.  
SUBDIRECTOR CLÍNICO (S)

ALEJANDRO ESPINOZA B.  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO

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. 101336400  
FECHA. 01-10-2015

Al: SOC.DR.CARLOS ROJAS Y CIA LTDA

Dirección : COCHRANE TORRE 635 CONCEPCION

Fono:

Nombre Paciente : VENEGAS BUSTAMANTE VICENTE NIC  
Nombre Respons. : VENEGAS SUAREZ MAURICIO ANTONI  
Institución : 001 Parentesco : HIJOS

R.U.N. : 022335479-3  
R.U.N. : 012082217-9  
N.P.I. : 6077948

Factura Nro. : 1612 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.: FERNANDEZ AZOCAR HEC Especialidad : CIRUGIA INFA

**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.

  
CHRISTIAN WEBNER SOTO  
CAPITÁN DE FRAGATA SN.  
SUBDIRECTOR CLÍNICO (S)

ALEJANDRO ESPINOZA B.  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO