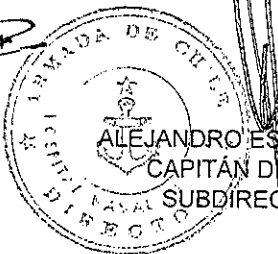
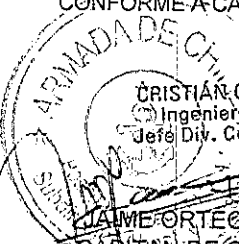


RODRIGO MARQUEZ MARNICH
CAPITAN DE FRAGATA SN
DIRECTOR



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. 101273600 ✓
FECHA. 17-06-2015

Al: SOC.DR.CARLOS ROJAS Y CIA LTDA

Dirección : COCHRANE TORRE 635 CONCEPCION

Fono:

Nombre Paciente : NOVOA SOTO ELIZABETH DEL CARME
Nombre Respons. : FUENTES FUENTEALBA CARLOS RODO
Institución : 200 Parentesco : CONYUGE

R.U.N. : 007302029-8 ✓
R.U.N. : 007453936-K
N.P.I. : 9517000

Factura Nro. : 1564 Fecha 02/09/2015 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.: BRINCK . ELLEN . Especialidad : MEDICINA GEN

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. 101305100
FECHA. 13-08-2015

Al: SOC.DR.CARLOS ROJAS Y CIA LTDA

Dirección : COCHRANE TORRE 635 CONCEPCION

Fono:

Nombre Paciente : BECERRA CONTRERAS MARCELO .
Nombre Respons. : BECERRA LLANQUILEO CESAR JOSE
Institución : 001 Parentesco : HIJOS

R.U.N. : 023225075-5
R.U.N. : 012700537-0
N.P.I. : 5778954

Factura Nro. : 1564 Fecha 02/09/2015 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.



ALEJANDRO ESPINOZA B.
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO