

303



SOLICITUD CARTA ORDEN
HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE MIRAFLORES

18-02-2016

Nro. Solicitud	18.487	Fecha Solicitud	2016-02-17	Tipo Solicitud	TRATAMIENTO
Tipo Atención	Hospitalizado	Servicio Clínico	SALA PEDIATRIA	Especialidad Médica	MEDIC. INFANTIL
Paciente	22637868 5 ZAPATA MUNOZ ANTONIA .			Parentesco Fam.	HIJOS
Responsable	12974324 7 ZAPATA MACAYA RODRIGO ANDRES			Ident. Institucional	22131958000
Institución	PENSIONADO ARMADA-CPDN				
Diagnóstico Clínico : M08.9 ARTRITIS JUVENIL, NO ESPECIFICADA					
Observación : escolar de 8 años con cuadro de 2 semanas de evolución de dolor articular proximal de ambas manos y articulaciopn femoro-tibial izquierda, con limitacion del movimiento. Se pidió Factor reumatoideo el cual se encontraba positivo: 248.5 y ANA positivo con titulos de 1/2560. Por lo cual se pide evaluacion y tratamiento con reumatologo infantil.					
PRESTACIONES					
101001 - CONSULTA MEDICA ELECTIVA					
INTERCONSULTOR					
12714685 3 Raul Alberto Barria Romero Av. Jorge Alesandri 2027 Hualpén 971717984					
 SANDRA CASTRO SEPULVEDA MÉDICO MEDICINA INFANTIL R.U.T. 11.783.857-7	 PAULINA PENARANDA PEDEMONTE MÉDICO MEDICINA INFANTIL R.U.T. 9.284.459-5	 NICOLAS INOSTROZA KIRSTEN MÉDICO RADIOLOGÍA R.U.T. 10.863.196-1			
Médico Solicitante 2016-02-17	Jefe Servicio 2016-02-18	Subdirector Clínico 2016-02-18			

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. 101397300
FECHA. 18-02-2016

Al: RAUL ALBERTO BARRIA ROMERO

Dirección : JORGE ALESSANDR2027 TALCAHUANO

Fono: 2666000

Nombre Paciente : ZAPATA MUNOZ ANTONIA .

R.U.N. : 022637868-5

Nombre Respons. : ZAPATA MACAYA RODRIGO ANDRES

R.U.N. : 012974324-7

Institución : 200

Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 1958000

Factura Nro. : 04 Fecha 18/02/2016 Monto(\$): 35.000,00

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

Servicios de : CONSULTA REUMATOLOGIA INFANTIL

Adicionales

Detallar :

Solicitado por médico Dr.: CASTRO SEPULVEDA SAN Especialidad : MEDICINA INF

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

Dra. CARMEN GONZÁLEZ B.
CIRUGIA
RUT.:7.977.930-2



NICOLAS INOSTROZA KIRSTEN
CAPITAN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLINICO (S).