

53211, 49,060, 0000 (9001)
21522 11 490 0060



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

C A R T A
(Autorización de

NRO. 101390900
FECHA.

07 MAR. 2016

A1: EDUARDO A. FERNANDEZ ROBLES
Dirección : PEDRO DE VALDIVIA 01 CONCEPCION

Fono: 733140

Nombre Paciente : PAZ HIDALGO AGUSTINA
Nombre Respons. : HIDALGO ORELLANA JOEL RICARDO
Institución : 200 Parentesco : HIJOS

R.U.N. : 024886737-K
R.U.N. : 007066310-4
N.P.I. : 9524000

Boleta

Factura Nro. : 2160 Fecha : 12.04.2016 Monto(\$): 30.000,00

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

Servicios de : CONSULTA MEDICA HEMATOLOGO

Adicionales
Detallar :

Solicitado por médico Dr.: EXTERNO . PROFESIONA 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 MEDICO INDICANDO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
3. 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
CAPITAN DE FRAGATA SN.
SUBDIRECTOR CLINICO (S).

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. 101367300
FECHA. 02-12-2015

Al: EDO.FERNANDEZ ROBLES Y CIA.LTD

Dirección : JUNGE

75-A CONCEPCION

Fono: 237060

Nombre Paciente : PAZ HIDALGO AGUSTINA .

R.U.N. : 024886737-K

Nombre Respons. : HIDALGO ORELLANA JOEL RICARDO

R.U.N. : 007066310-4

Institución : 200

Parentesco : HIJOS

N.P.I. : 9524000

~~Factura~~ BOLETA

Nro. : 2160

Fecha

12.04.2016

Monto(\$):

30.000,00

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

Servicios de : CONSULTA DE ESPECIALIDADES (HEMATOLOGO INF)

Adicionales

Detallar :

Solicitado por médico Dr.: PEÑARANDA PEDEMONTE 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.



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