

Res. Nº 80 de 2014 - Verifique documento: www.sii.cl

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 100368 (1988737)
Validez : Desde el 15/11/2017 al 15/12/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 61602189-3 HOSP.GMO.GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION
Dirección : SAN MARTIN, CONCEPCION
Fono : 224280

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente :
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable:
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA :
Pedida Por : ALEJANDRA BELTRAN
Especialidad: MEDICINA INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0003002211	1	PABELLON 11	1150000	575000	575000	0
0003002207	1	PABELLON 7	240000	120000	120000	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	301504	150752	150752	0
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	283	0	0	283
0000202102	3	DIA CAMA HOSPIT.MEDICI.Y ESPECIALID.(SALA 2 C	270000	135000	135000	0
TOTAL GENERAL :			1961787	980752	980752	283

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut:61102025-2
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA**
Número : **100367 (1988732)**
Validez : Desde el 15/11/2017 al 15/12/2017
Tipo : **HOSPITALIZADA**

A : 61602189-3 HOSP.GMO.GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION
Dirección : **SAN MARTIN, CONCEPCION**
Fono : **224280**

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : **HIJOS**
Repartición : **PLANTA INDUSTRIAL ASMAR TALCAHUANO**
Responsable: [REDACTED]
Institución : **ARMADA**
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : **ALEJANDRA BELTRAN**
Especialidad: **MEDICINA INTERNA**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000501119	1	CINTIGRAMA RENAL DINAMICO CON MAG 3	135080	67540	67540	0
TOTAL GENERAL :			135080	67540	67540	0

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2
Dirección **MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .**
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

Autenticación AFSD n° 8925 del 17.10.2017.

INFORME MEDICO

Paciente: [REDACTED]
Hipótesis Diagnóstico