

12/17

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

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
 Número : **23747 (1931408)**  
 Validez : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA****Dirección :****Fono :**

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : **HIJOS**  
 Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA**  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : **ARMADA**  
 NPI : [REDACTED]  
 Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
 Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

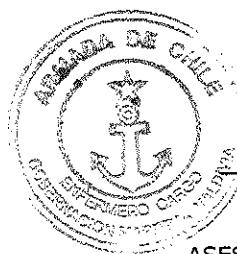
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	13600	6800	0	6800

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.

[REDACTED]  
 [REDACTED]  
 [REDACTED]  
 [REDACTED]



PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23797 (1934522)  
Validez : Desde el 12/07/2017 al 11/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

Dirección :

Fono :

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

Paciente : XX  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
Responsable : XX  
Institución : ARMADA  
NPI : XXXXXXXXXXXX  
Pedida Por : DRA. PAULA LEHMANN F.  
Especialidad : NEFROLOGÍA

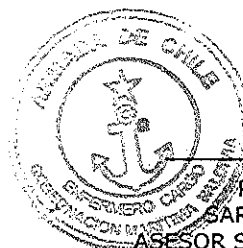
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

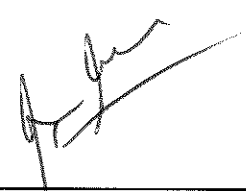
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000601001	2	EVALUACION KINESIOLOGICA: MUSCULAR, ARTICULAR, POSTURAL.	2776	1388	694	694
0000601017	2	EJERCICIOS RESPIRATORIOS	4064	2032	1016	1016
0000601030	2	DRENAJES POSTURALES BRONQUIALES (PROC. AUT.	2324	1162	581	581
<b>TOTAL GENERAL :</b>			9164	4582	2291	2291

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



  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 24087 (1947783)  
Validez : Desde el 11/08/2017 al 10/09/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente : 2 [REDACTED]  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : ARMADA  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

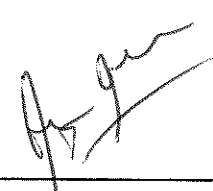
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
TOTAL GENERAL :			13600	6800	0	6800

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



  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23783 (1933472)  
Validez : Desde el 10/07/2017 al 09/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : XX  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
Responsable : XX  
Institución : ARMADA  
NPI : XXXXXXXXXXXX  
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

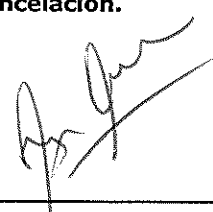
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	6800	0	6800

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



  
\_\_\_\_\_  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23830 (1936400)  
Validez : Desde el 17/07/2017 al 16/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

**Dirección :**

**Fono :**

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : CENTRO DE ABASTECIMIENTO IQUIQUE  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : ARMADA  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

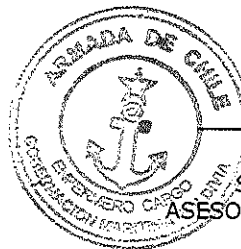
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101073	1	CONSULTA MEDICA PEDIATRIA	13600	6800	0	6800
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	6800	0	6800

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



PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD.

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23714 (1930036)  
Validez : Desde el 03/07/2017 al 02/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

**Dirección :**

**Fono :**

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

Paciente : XX  
Parentesco : HIJOS  
Repartición : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
Responsable : XX  
Institución : ARMADA  
NPI : XXXXXXXXXXXX  
Pedida Por : DR. CARMEN SEPULVEDA FERNANDEZ  
Especialidad : MED. ESP. PEDIATRA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000306090	1	TEST RAPIDO DE DETECCION DE STREPTOCOCCUS.	3335	1668	1167	500
0000306070	4	ANTIGENOS VIRALES DETERM. DE (ADENOVIRUS, ROTAVIRUS, CITOMEGALOVIRUS Y OTROS).	14376	7188	5031	2157
<b>TOTAL GENERAL :</b>			17711	8856	6198	2657

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



*[Handwritten signature]*

PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

12/17 F.1328

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

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
 Número : **23680 (1927509)**  
 Validez : Desde el 27/06/2017 al 27/07/2017  
 Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : **HIJOS**  
 Repartición : **SIN REPARTICION**  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
 N° CUENTA : [REDACTED]  
 Pedida Por : **DRA. DABIANA GODOY**  
 Especialidad : **MED. GENERAL**

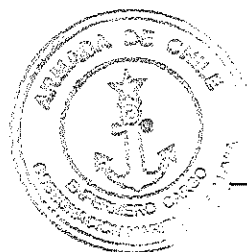
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

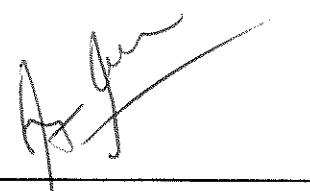
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401002	1	PARTES BLANDAS; LARINGE LATERAL; CAVUN RINOFA	6745	3373	0	3372
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	6745	3373	0	3372

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



  
**PEDRO SUAZO LOYOLA**  
**SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)**  
**ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI**

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

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
 Número : 23902 (1938059)  
 Validez : Desde el 20/07/2017 al 19/08/2017  
 Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : SI MISMO  
 Repartición : SIN REPARTICION  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
 N° CUENTA : [REDACTED]  
 Pedida Por : PEDRO VALDIVIA CARVAJAL  
 Especialidad : ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401043	1	COLUMNA CERVICAL (FRONTAL, LATERAL Y OBLICUAS	11286	8465	0	2821
0000401046	1	COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA (AMBAS INCLUYEN Q	10910	8183	0	2727
<b>TOTAL GENERAL :</b>			22196	16648	0	5548

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



PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI



**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
Número : **23684 (1927742)**  
Validez : Desde el 28/06/2017 al 28/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

**Dirección :**

**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Parentesco : **SI MISMO**  
Repartición : **SIN REPARTICION**  
Responsable : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
N° CUENTA : XXXXXXXXXXXX  
Pedida Por : **DR, ANDRES ROLDAN NAVARRETE**  
Especialidad : **MED. NEUROLOGIA**

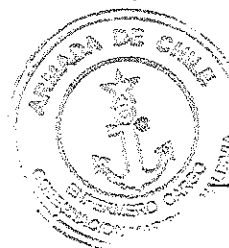
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

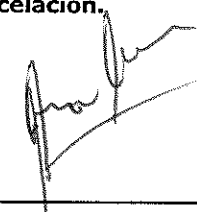
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000301087	1	VITAMINA B12, ABSORCIÓN DE (CO 57 O SIMIL.)	8696	6522	0	2174
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1801	0	600
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	562	0	187
0000302023	1	CREATININA EN SANGRE	1043	783	0	260
0000302057	1	NITROGENO UREICO YO UREA, EN SANGRE	867	651	0	216
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	3293	0	1097
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	2634	0	878
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	2871	0	957
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	608	0	202
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>26296</b>	<b>19725</b>	<b>0</b>	<b>6571</b>

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



  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD]

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23775 (1932897)  
Validez : Desde el 10/07/2017 al 09/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente :   
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable :   
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA :   
Pedida Por : DR. DANIEL GUILLIER  
Especialidad : MED. INTERNA

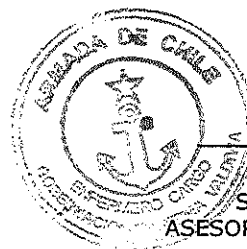
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101065	1	CONSULTA MEDICA MED. INTERNA	13600	10200	0	3400
<b>TOTAL GENERAL :</b>			13600	10200	0	3400

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



*[Signature]*  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23669 (1927148)  
Validez : Desde el 27/06/2017 al 27/07/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente : 4 [REDACTED]  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 4 [REDACTED]  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : [REDACTED]  
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

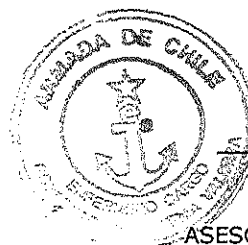
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

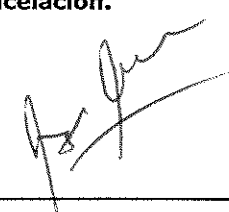
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	7914	5936	0	1978

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



  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD:

14/13 F1288

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

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
 Número : 23778 (1933092)  
 Validez : Desde el 10/07/2017 al 09/08/2017  
 Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente :   
 Parentesco : SI MISMO  
 Repartición : SIN REPARTICION  
 Responsable :   
 Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
 N° CUENTA :   
 Pedida Por : PEDRO RIVERA GARAY  
 Especialidad : UROLOGIA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404010	1	ECOTOMOGRAFIA RENAL (BILATERAL) Y DE BAZO	18948	14211	0	4737
0000404009	1	ECOTOMOGRAFIA PELVICA MASCULINA (INCLUYE VEJI	16351	12264	0	4087
<b>TOTAL GENERAL :</b>			35299	26475	0	8824

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



PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD]

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
Número : **23838 (1936632)**  
Validez : Desde el 18/07/2017 al 17/08/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

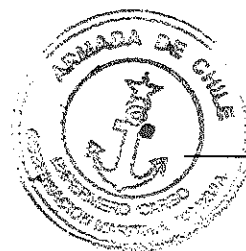
Paciente : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Parentesco : **CONYUGE**  
Repartición : **SIN REPARTICION**  
Responsable : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
Nº CUENTA : XXXXXXXXXXXX  
Pedida Por : **DRA. CARMEN FUENTES**  
Especialidad : **MED. GENERAL**

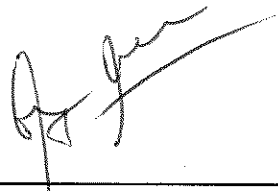
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302005	1	ACIDO URICO EN SANGRE	1359	680	0	679
0000302023	1	CREATININA EN SANGRE	1043	522	0	521
0000302047	1	GLUCOSA EN SANGRE	749	375	0	374
0000309013	1	MICROALBUMINURIA	2189	1095	0	1094
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	405	0	405
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	2195	0	2195
0000302076	1	PRUEBAS HEPATICAS	7385	3693	0	3692
0000302060	1	PROTEINA TOTAL	1089	545	0	544
0000302057	1	NITROGENO UREICO YO UREA, EN SANGRE	867	434	0	433
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	747	0	746
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1201	0	1200
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	1756	0	1756
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	1914	0	1914
0000301041	1	HEMOGLINA GLICOSIL	3303	1652	0	1651
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>34418</b>	<b>17214</b>	<b>0</b>	<b>17204</b>

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.



  
Pedro Suazo Loyola  
S 2° (Enf. T.A.C. Po.)  
ENFERMERO DE CARGO

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23947 (1941005)  
Validez : Desde el 27/07/2017 al 26/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 4 [REDACTED]  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
Nº CUENTA : 2 [REDACTED]  
Pedida Por : DRA. CARMEN FUENTES  
Especialidad : MED. GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101513	1	CONSULTA CARDIOLOGO	19589	14692	0	4897
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	19589	14692	0	4897

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

  
\_\_\_\_\_  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2º (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23812 (1935924)  
Validez : Desde el 17/07/2017 al 16/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
Nº CUENTA : [REDACTED]  
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	8604	6453	0	2151
<b>TOTAL GENERAL :</b>			16518	12389	0	4129

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



*[Handwritten signature]*

PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2º (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
Número : **23693 (1928633)**  
Validez : Desde el 29/06/2017 al 29/07/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXX  
Parentesco : **SI MISMO**  
Repartición : **SIN REPARTICION**  
Responsable : XXXXXXXXXX  
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
N° CUENTA : XXXXXXXXXX  
Pedida Por : **ALEJANDRO FONERON**  
Especialidad : **UROLOGO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

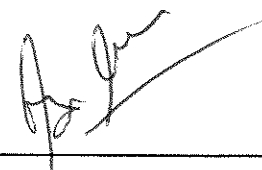
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101512	1	CONSULTA UROLOGIA	16794	12596	0	4198
<b>TOTAL GENERAL :</b>			16794	12596	0	4198

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



  
\_\_\_\_\_  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI



**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23948 (1941007)  
Validez : Desde el 27/07/2017 al 26/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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


Paciente :  
Parentesco : CONYUGE  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable :  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA :  
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

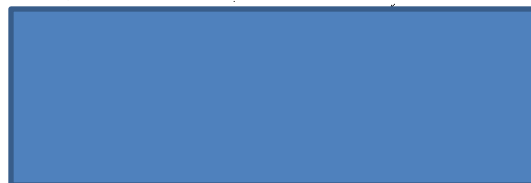
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :


Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	3957	0	3957

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



  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
Número : **23720 (1930752)**  
Validez : Desde el 04/07/2017 al 03/08/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
Dirección :  
Fono :

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

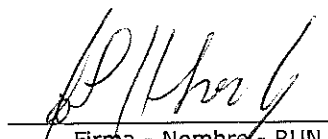
Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : **SI MISMO**  
Repartición : **SIN REPARTICION**  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
N° CUENTA : [REDACTED]  
Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**  
Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

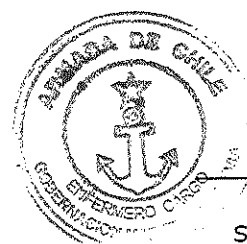
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

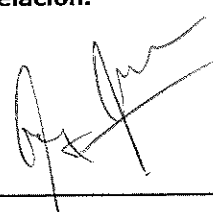
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	5936	0	1978

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



  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD:

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
Número : **23909 (1938659)**  
Validez : Desde el 21/07/2017 al 20/08/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

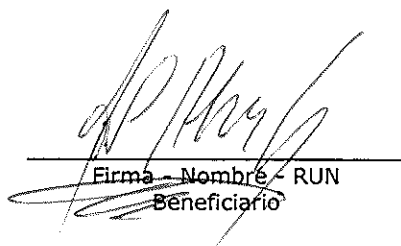
Paciente : XXXXXXXXXX  
Parentesco : **SI MISMO**  
Repartición : **SIN REPARTICION**  
Responsable : XXXXXXXXXX  
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
Nº CUENTA : XXXXXX  
Pedida Por : **DRA. CARMEN FUENTES**  
Especialidad : **MED. GENERAL**

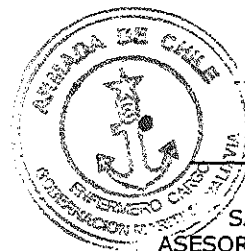
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

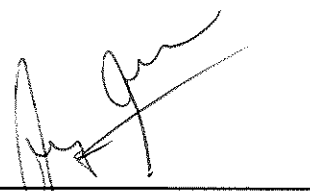
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000601001	1	EVALUACION KINESIOLOGICA: MUSCULAR, ARTICULAR, POSTURAL.	1388	1041	0	347
<b>TOTAL GENERAL :</b>			1388	1041	0	347

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



  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2º (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23790 (1934199)  
Validez : Desde el 11/07/2017 al 10/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
Nº CUENTA : 2 [REDACTED]  
Pedida Por : DRA. ROSARIO NEGRÓN L.  
Especialidad : MED.GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000302075	1	PERFIL BIOQUIMICO	6017	4513	0	1504
0000302034	1	PERFIL LIPIDICO	4390	3293	0	1097
0000302076	1	PRUEBAS HEPATICAS	7385	5539	0	1846
0000305031	1	PROTEINA C REACTIVA POR TECNICAS NEFELOMETRICAS Y/O	4219	3165	0	1054
0000305020	1	FACTOR REUMATOIDEO POR TECNICA SCAT, WAALER R	3431	2574	0	857
0000305070	1	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	6631	4974	0	1657
0000309022	1	ORINA COMPLETA	1493	1120	0	373
0000303028	1	TRIYODOTIRONINA	3512	2634	0	878
0000303027	1	TIROXINA TOTAL O TETRAYODO	3512	2634	0	878
0000303024	1	TSH HORMONA TIROESTIMULANTE	3512	2634	0	878
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	608	0	202
0000301045	1	HEMOGRAMA	2401	1801	0	600
0000303026	1	TIROXINA T4 LIBRE	3828	2871	0	957
0000303017	1	INSULINA/TEST DE SACARINA	3828	2871	0	957
<b>TOTAL GENERAL :</b>			54969	41231	0	13738

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.



*[Signature]*  
Pedro Suazo Loyola  
S 2º (Enf. T.A.C. Po.)  
ENFERMERO DE CARGO  
10-08-201

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 23780 (1933098)  
**Validez** : Desde el 10/07/2017 al 09/08/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
**Dirección** :  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : FONDOS PROPIOS DIRECTEMAR IMPONENTES CAPREDEN  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DR. LUIS EBEL SEPULVEDA  
**Especialidad** : MED. UROLOGO

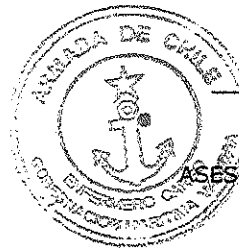
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000305070	1	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	6631	6631	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7441	7441	0	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



*[Signature]*  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
Número : **23756 (1931975)**  
Validez : Desde el 06/07/2017 al 05/08/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXX  
Parentesco : **SI MISMO**  
Repartición : **SIN REPARTICION**  
Responsable : XXXXXXXXXX  
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
Nº CUENTA : XXXXXX  
Pedida Por : **DRA. CARMEN FUENTES**  
Especialidad : **MED. GENERAL**

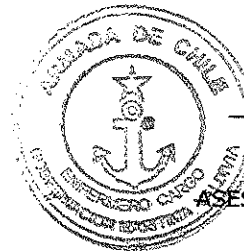
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

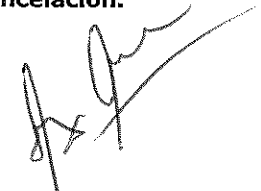
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000501134	1	DENSITOMETRIA OSEA A FOTON DOBLE, COLUMNA Y CADERA O CUERPO ENTERO (UNI O BILAT.)	30342	22757	0	7585
<b>TOTAL GENERAL :</b>			30342	22757	0	7585

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



  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2º (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23757 (1931983)  
Validez : Desde el 06/07/2017 al 05/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**

**Dirección :**

**Fono :**

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

Paciente : XXXXXXXXXX  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : XXXXXXXXXX  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : XXXXXXXXXX  
Pedida Por : DRA. CARMEN FUENTES  
Especialidad : MED. GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

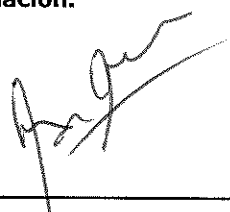
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000401051	1	PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL, C/U (1 EXP.)	5861	4396	0	1465
0000401046	1	COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA (AMBAS INCLUYEN Q	10910	8183	0	2727
0000401060	1	HOMBRO FEMUR RODILLA PIERNA COSTILLA O ES	6911	5184	0	1727
<b>TOTAL GENERAL :</b>			23682	17763	0	5919

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



  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23791 (1934204)  
Validez : Desde el 11/07/2017 al 10/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
Nº CUENTA : [REDACTED]  
Pedida Por : DRA. ROSARIO NEGRÓN L.  
Especialidad : MED.GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

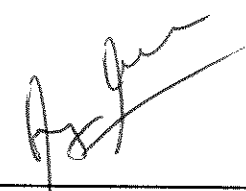
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	8604	6453	0	2151
<b>TOTAL GENERAL :</b>			8604	6453	0	2151

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



  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2º (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD.



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

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
 Número : 23787 (1933756)  
 Validez : Desde el 11/07/2017 al 10/08/2017  
 Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
 Dirección :  
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : SI MISMO  
 Repartición : SIN REPARTICION  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
 N° CUENTA : [REDACTED]  
 Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
 Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	7914	5936	0	1978

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



PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23930 (1939960)  
Validez : Desde el 25/07/2017 al 24/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

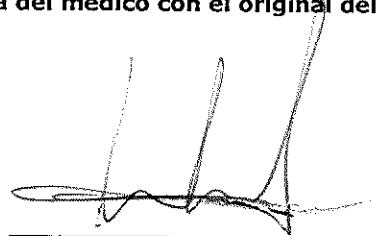
Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : [REDACTED]  
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	7914	5936	0	1978

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



PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD

16/17

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23936 (1940159)  
Validez : Desde el 25/07/2017 al 24/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA  
Dirección :  
Fono :

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

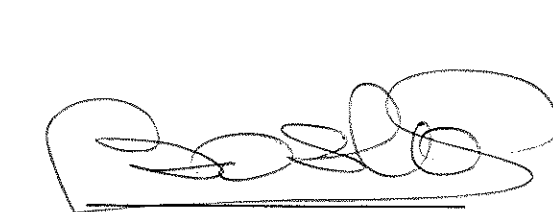
Paciente :  
Parentesco : CONYUGE  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable :  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA :  
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

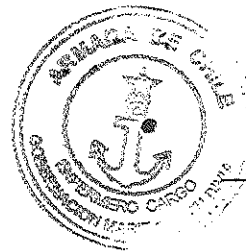
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

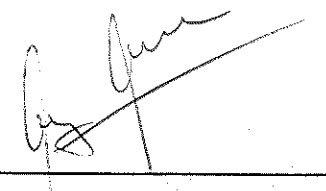
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	3957	0	3957
<b>TOTAL GENERAL :</b>			7914	3957	0	3957

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



  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD.

**ARMADA DE CHILE**

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

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**  
Número : **23820 (1936073)**  
Validez : Desde el 17/07/2017 al 16/08/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA**  
**Dirección :**  
**Fono :**

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : **SI MISMO**  
Repartición : **SIN REPARTICION**  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : **PENSIONADO ARMADA CAPREDENA**  
N° CUENTA : [REDACTED]  
Pedida Por : **DR. RODRIGO HAYDAR B.**  
Especialidad : **TRAUMATOLOGO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

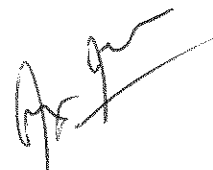
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000601013	10	ELECTROTERAPIA	13760	10320	0	3440
0000601005	10	RADIACIÓN IN FARROJA, HORNO, BAÑO PARAFINA, COMPRESAS HUMEDAS	6260	4695	0	1565
0000601024	10	REEDUCACIÓN MOTRIZ (EJERCICIOS TERAPEUTICOS PARA RECUPERACION).	12120	9090	0	3030
0000601001	1	EVALUACION KINESIOLOGICA: MUSCULAR, ARTICULAR, POSTURAL.	1388	1041	0	347
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>33528</b>	<b>25146</b>	<b>0</b>	<b>8382</b>

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



  
PEDRO SUAZO LOYOLA  
SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD

**ARMADA DE CHILE**DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 23754 (1931962)  
Validez : Desde el 06/07/2017 al 05/08/2017  
Tipo : AMBULATORIA**A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA****Dirección :****Fono :**

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

Paciente :   
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable :   
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA :   
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

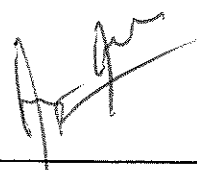
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	7914	5936	0	1978
		<b>TOTAL GENERAL :</b>	7914	5936	0	1978

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2Dirección **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
  
 PEDRO SUAZO LOYOLA  
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)  
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALD