

**UNIVERSIDAD DE CHILE**

**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 : **97395 (1931686)**  
Validez : Desde el 05/07/2017 al 04/08/2017  
Tipo : **HOSPITALIZADA**

**A : 60910000-1 HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Dirección : **AV. SANTOS DUMONT N° 999, INDEPENDENCIA STGO.**  
Fono : **2-29788000**

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : **HIJOS**  
Repartición : **GOBERNACION MARITIMA DE TALCAHUANO**  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : **ARMADA**  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : **JORGE ALVAREZ LAGOS**  
Especialidad : **NEONATOLOGIA CNS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código          | Cant | Descripción                         | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|-----------------|------|-------------------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0000302994      | 1    | TANDEM (NO INCLUYE HIPERGLICINEMIA) | 57000  | 28500          | 28500   | 0       |
| TOTAL GENERAL : |      |                                     | 57000  | 28500          | 28500   | 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.

**INFORME MEDICO**

Paciente: [REDACTED]  
Hipótesis Diagnóstico