

ORDEN DE ATENCIÓN



Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 97481 (1932884)
Validez : Desde el 10/07/2017 al 09/08/2017
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 : MARIA FUERTES CORTES
Especialidad : PEDIATRA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000501117	1	CINTIGRAMA RENAL CON D.M.S.A.	76900	38450	38450	0
TOTAL GENERAL :			76900	38450	38450	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

\$\$\$\$\$
\$\$\$\$\$
\$\$\$\$\$



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

INFORME MEDICO

ORDEN DE ATENCIÓN

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

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

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.



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

\$\$\$\$\$\$
 \$\$\$\$
 \$\$\$\$
 \$\$\$\$



INFORME MEDICO

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 : 97034 (1926280)
Validez : Desde el 22/06/2017 al 22/07/2017
Tipo : AMBULATORIA

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 : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : \$\$\$\$\$\$
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : \$\$\$\$\$\$
Pedida Por : ANTONIO VILA TAPIA
Especialidad : ONCOLOGIA

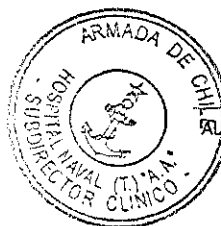
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000501103	1	CINTIGRAMA OSEO COMPLETO	113100	84825	0	28275
TOTAL GENERAL :			113100	84825	0	28275

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

ORDEN DE ATENCIÓN



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

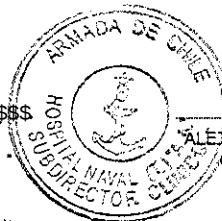
Paciente : \$\$\$\$\$\$
Parentesco : HJOS
Repartición : \$\$\$\$\$\$
Responsable : 14213928-6 MANUEL EDUARDO MARTINEZ ARAVENA
Institución : ARMADA
NPI : \$\$\$\$
Pedida Por : MARTA CALQUIN VASQUEZ
Especialidad : MEDICINA INFANTIL

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/ FOS	A Pagar
0000501119	1	CINTIGRAMA RENAL DINAMICO CON MAG 3	131400	65700	32850	32850
		TOTAL GENERAL :	131400	65700	32850	32850

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



INFORME MEDICO