

TOMÁS VILLALOBOS VILDÓSOLA
RECAPITAN DE NAVIO SN
DIRECTOR

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. 101346700
FECHA. 27-10-2015

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 Nro. : 2090 Fecha 21/12/2015 Monto(\$): 30.000,00

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

Servicios de : CONSULTA DE ESPECIALIDADES (HEMATOLOGO INFANTIL)

Adicionales

Detallar :

Solicitado por médico Dr.: ALVAREZ LAGOS JORGE 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.