





**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** : 99556 (1973010)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
**Dirección** : CASILLA, CONSTITUCION  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CONSTITUCION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
**Especialidad** : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000404006	1	ECOTOMOGRAFIA GINECOLOGICA, PELVIANA FEMENINA	19330	9665	6765	2900
<b>TOTAL GENERAL :</b>			19330	9665	6765	2900

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:  
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica:

**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** : 99560 (1973052)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
**Dirección** : CASILLA, CONSTITUCION  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CONSTITUCION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
**Especialidad** : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	16360	8180	0	8180
0000401070	1	TORAX (FRONTAL Y LATERAL) (INCLUYE FLUOROSCOPIA)	26770	13385	9369	4016
<b>TOTAL GENERAL :</b>			43130	21565	9369	12196

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 S/N  
 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]

Ficha Clínica:



**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** : 99544 (1972571)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
**Dirección** : CASILLA, CONSTITUCION  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CONSTITUCION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
**Especialidad** : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	14870	7435	0	7435
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14870	7435	0	7435

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

Ficha Clínica:



**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** : 99542 (1972563)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
**Dirección** : CASILLA, CONSTITUCION  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CONSTITUCION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
**Especialidad** : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	16360	8180	0	8180
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	1070	535	0	535
<b>TOTAL GENERAL :</b>			17430	8715	0	8715

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:  
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica:

**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** : 99541 (1972561)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
**Dirección** : CASILLA, CONSTITUCION  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : FARO CABO CARRANZA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
**Especialidad** : NEUROLOGIA ADULTOS

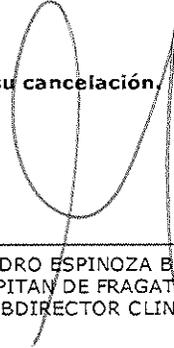
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	10130	10130	0	0
<b>TOTAL GENERAL</b>			10130	10130	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

  
\_\_\_\_\_  
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:  
Hipótesis Diagnóstico

[REDACTED]

Ficha Clínica:

**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** : 99552 (1972998)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
**Dirección** : CASILLA, CONSTITUCION  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
**Especialidad** : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101308	1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	25160	12580	0	12580
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	16360	8180	0	8180
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>41520</b>	<b>20760</b>	<b>0</b>	<b>20760</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

  
\_\_\_\_\_  
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  
-----

**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 : **99553 (1973004)**  
Validez : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
Tipo : **AMBULATORIA**

**A : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO**  
Dirección : **CASILLA, CONSTITUCION**  
Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : **HIJOS**  
Repartición : **CAPITANIA DE PUERTO CONSTITUCION**  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : **ARMADA**  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**  
Especialidad : **NEUROLOGIA ADULTOS**

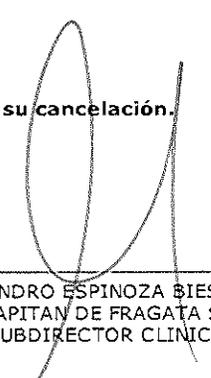
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101309	1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD PEDIATRIA	25160	12580	0	12580
<b>TOTAL GENERAL :</b>			25160	12580	0	12580

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:  
Hipótesis Diagnóstico

[REDACTED] Ficha Clínica:

**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** : 99554 (1973006)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
**Dirección** : CASILLA, CONSTITUCION  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CONSTITUCION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
**Especialidad** : NEUROLOGIA ADULTOS

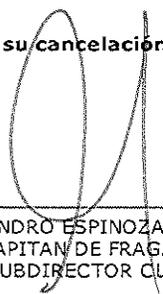
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101309	1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD PEDIATRIA	25160	12580	0	12580
<b>TOTAL GENERAL :</b>			25160	12580	0	12580

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

Ficha Clínica:

**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 : 99555 (1973007)  
 Validez : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
 Tipo : AMBULATORIA

**A : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO**  
 Dirección : CASILLA, CONSTITUCION  
 Fono :

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

Paciente : [REDACTED]  
 Parentesco : HIJOS  
 Repartición : CAPITANIA DE PUERTO CONSTITUCION  
 Responsable : [REDACTED]  
 Institución : ARMADA  
 NPI : [REDACTED]  
 Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
 Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101309	1	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD PEDIATRIA	25160	12580	0	12580
<b>TOTAL GENERAL :</b>			25160	12580	0	12580

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:  
 Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica:

**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** : 99562 (1973058)  
**Validez** : Desde el 11/10/2017 al 10/11/2017  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 61606911-K HOSPITAL DE CONSTITUCION SERV.PUBLICO  
**Dirección** : CASILLA, CONSTITUCION  
**Fono** :

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO CONSTITUCION  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR  
**Especialidad** : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	4270	4270	0	0
0000101015	1	CONSULTA URGENCIA	16360	16360	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			20630	20630	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

\_\_\_\_\_  
 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:  
 Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica: