

DECRETO N° **1508**

TEMUCO,

07 MAY 2019

VISTOS:

1.- Lo dispuesto en el Decreto Ley N° 3.063 de 1979, Ley de Rentas municipales.

2.- La Ordenanza Municipal N° 003 de fecha 27 de Agosto del 2018, sobre comercio estacionado y ambulante en bienes nacionales de uso público.

3.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

CONSIDERANDO:

1.- El cumplimiento de las labores de fiscalización en el ejercicio de la actividad del comercio ambulante en bienes nacionales y de uso público de la Comuna de Temuco.

2.- Ficha de Solicitud y Consulta

3.- Fotocopia Certificado de Nacimiento

4.- Fotocopia certificado de Antecedentes

5.- Fotocopia Permiso Municipal

6.- Antecedentes Médicos de la Titular

DECRETO:

1.- Designase Suplente en el permiso municipal de la siguiente comerciante estacionada de acuerdo a la Ordenanza N° 003 Art. N° 8.

N°	Nombre del Titular	Rut. Titular	Nombre Suplente	Rut. Suplente
1.-	PINCHULAF MILLALAF MARTA	8.917.315-9	BELMAR PINCHULAF ERWIN CESAR (HIJO)	16.945.846-4

2.- El Departamento de Rentas y Patentes de la Dirección de Administración y Finanzas, incluirá a la persona antes señalada como Suplente en el respectivo permiso.

3.- A los Inspectores pertenecientes a la Dirección de Seguridad Ciudadana, les corresponderá la inspección del cumplimiento de las normas presentes en la Ordenanza Municipal N° 003 y fiscalizar la actividad económica que se ejerza en los lugares autorizados.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE



JUAN ARANEDA NAVARRO
SECRETARIO MUNICIPAL

K/P/MFB/RPM/RGO.

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección Adm. Y Finanzas
- Rentas Municipales
- Tesorería Municipal
- Patentes Comerciales
- Dirección Desarrollo Comunitario
- Seguridad Ciudadana
- Depto. Desarrollo Económico.
- Oficina de Partes





FICHA DE SOLICITUD DE USUARIO

Fecha Recepcion: 25 ABR. 2019.

Nombre: Marta Pinculaf. Millalaf

RUT: 8917315-9

Direccion: Republica N° 906 Santa Rosa Pobl. La Terna

Comuna: Tco. Sector: Sta Rosa

Telefono: _____ E-Mail: _____

MOTIVO SOLICITUD:

	Puesto	Renuncia		Puesto	Renuncia
Feria Millahue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feria Artesanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feria Itinerante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérgolas Flores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feria Labranza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pagoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feria Estacional	<input type="checkbox"/>	En cuál?: <u>Comercio Ambulante</u>			
Cese de Act. Económica	<input type="checkbox"/>	Detalle: _____			
Pago permiso atrasado	<input type="checkbox"/>	Detalle: _____			
Otros	<input checked="" type="checkbox"/>	Detalle: _____			

DESCRIPCION SOLICITUD

solicita inclusion suplente en su permiso Municipal de Comercio Ambulante.

USO INTERNO UDEL (Observaciones)

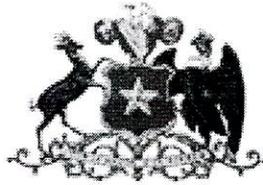
Observaciones area with horizontal lines.

RESOLUCION

Resolution area with horizontal lines.

[Signature]
Firma solicitante

[Signature]
Funcionario



REPUBLICA DE CHILE

Código Verificación:
f66ebaf8c979



65538973

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Circunscripción : TEMUCO
Nro. inscripción : 586 Registro : S Año : 1988
Nombre inscrito : ERWIN CÉSAR BELMAR PICHUNLAF
R.U.N. : 16.945.846-4
Fecha nacimiento : 3 Febrero 1988
Sexo : Masculino
Nombre del padre : RAMÓN ERVIN BELMAR VERA
R.U.N. del padre : 7.559.013-K
Nombre de la madre: MARTA DEL CARMEN PICHUNLAF MILLALAF
R.U.N. de la madre: 8.917.315-9

FECHA EMISIÓN: 24 Abril 2019, 10:42.

IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 710

Impreso en:

REGION :

OBS: La hora se incluye respecto de nacimientos inscritos con comprobante de parto desde el año 2000 a la fecha

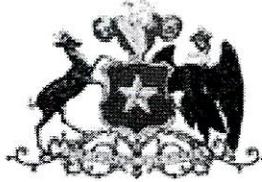
Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.



Timbre electrónico SRCel



Victor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General (s)
Incorpora Firma Electrónica
Avanzada



REPUBLICA DE CHILE



65541443

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

Válido para FINES ESPECIALES

NOMBRE : ERWIN CÉSAR BELMAR PICHUNLAF

R.U.N. : 16.945.846-4 Fecha nacimiento: 3 Febrero 1988

REGISTRO GENERAL DE CONDENAS

R U N FINES

16945846-4 SIN ANTECEDENTES ESPECIALES

REGISTRO ESPECIAL DE CONDENAS POR ACTOS DE
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

R U N FINES

16945846-4 SIN ANOTACIONES ESPECIALES

FECHA EMISIÓN: 24 Abril 2019, 10:58.

IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 1050
CERTIFICADO ANTECEDENTES PARA FINES ESPECIALES
Impreso en:
REGION :

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.



Timbre electrónico SRCel



Víctor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General (s)
Incorpora Firma Electrónica
Avanzada

Ordenes de Ingreso Salir

Ordenes de Ingreso

Número: 5968756 Fecha: 25/04/2019 Girador: hnavarre

RUT: 8917315-9 Nombre: PINCHULAF MILLALAF MARTA Mod

Dirección: REPUBLICA 906 SANTA ROSA POBL. LA FAMA Comuna: TEMUCO

Fecha Emisión: 01/04/2019 Fecha Vencimiento: 05/04/2019

Concepto: Permisos Estacionados

Rol: 355-444

Glosa: BELLO F/No 890 *FRUTAS Y VERDURAS** D.A. 092/12.01.2011 **
 ABRIL 2019 Ordenanza No 003 del 27.08.2018: "Artículo 20: *superficie max: 1,30 m (ancho) x 1 m (largo), altura max: 2,20 m* Artículo 21 (prohibiciones): a menos de 10m vértice encuentro líneas de edificación, frente edificios públicos y similares, vereda

Cuentas

Cuenta	Cantidad	Valor
1150301003002001		7253
2141102003		2016
1150802001999003		

Total Girado: 9269

Total Pagado: 9270 1/4/2019

Total Descargado: 0

Cajero: bci24 - Fecha Reg.: 01/04/2019 10:36:29

Permisos Varios por Mes, Días o Fracciones


Aceptar
Cancelar
Eliminar

Registro Clínico ElectrónicoFecha Atención
09/01/2019 11:45:02**Datos Paciente**

Nombre Paciente	MARTA DEL CARMEN PICHUNLAF MILLALAF	Rut Paciente	8917315-9
Edad	30/06/1963 (55 A 6 M 9 D)	Previsión	FONASA - B
Dirección	CALLE REPUBLICA 906 S/N S/N	Género	FEMENINO
Teléfono Fijo	56452389587	Teléfono Móvil	56968548831
Teléfono Rural			

Datos Establecimiento

Establecimiento	TEMUCO HOSP.	Número Atención	7355746
Ficha Paciente	260532	Cuenta corriente	48511016

Datos Profesional

Nombre	TATIANA VASQUEZ ANTONIO	Rut	14067400-1
Especialidad	MEDICINA INTERNA	Policlínico	DIABETES

Datos Atención

Fecha Atención	09/01/2019 11:45:02
Estado Atención	SE PRESENTO
Actividad	CONSULTA NUEVA
Tipo Alta	CONTROL MISMA ESPECIALIDAD

Anamnesis y Evolución

SRA MARTA, 1 CONSULTA. DM2 IR

Hipótesis Diagnóstica

DM2 IR

Diagnóstico

- * DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE
- * PIE DIABETICO

Tratamiento e Indicaciones

1. DEJO TOUJEO 12 U AM.
2. GALVUSMET 50/1000 1 POST ALMUERZO.
3. LOSARTAN 50 MG 1 DESAYUNO.
4. ATORVASTATINA 40 MG 1 NOCHE.
5. PREGABALINA 75 MG NOCHE (EN VEZ DE DULOXETINA)
6. AMOXI/CLAVULANICO POR 10 DIAS.
7. CONTROL CON GLICEMIAS: MEDIR AYUNA Y CENA DIA POR MEDIO



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: CESFAM SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 9496109

ADMISION: 12/04/2019 21:53	INICIO DE ATENCION: 12/04/2019 22:22	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: MARTA DEL CARMEN PICHUNLAF MILLALAF	RUT: 8917315 - 9	
DIRECCION: CALLE REPUBLICA 906 S/N S/N	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 55 años 9 meses 12 días	SEXO: FEMENINO	PREVISION: FONASA - B

SIGNOS VITALES		
Hora :	12/04/2019 22:15	
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	172 [mmHg]	
Presión Diastólica:	105 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	97 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	97 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucoest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta
RESFRIÓ Y MALESTAR GENERAL

Funcionario Que Atiende

Médico
 Odontólogo
 Matrn(a)
 Enfermero(a)
 Técnico Paramédico
 Kinesiólogo

Tipo de Consulta : ADULTO

Origen de la Procedencia
DOMICILIO

Otros Datos
> NINGUNO

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			Hora aproximada del hecho
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Accidente escolar <input type="checkbox"/> Accidente doméstico <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	:

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

Paciente sin lesiones
 Leve (0 - 14 días)
 Mediana Gravedad (15 - 29 días)
 Grave (30 días o más)
 Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU N° 9496109) J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) J040 : LARINGITIS AGUDA J039 : AMÍGDALITIS AGUDA	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4
Tratamiento Realizado	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Indicaciones CLARITROMICINA 1 COMP CADA 12 HORAS POR 7 DIAS PREDNISONA 20 MG 1 COMPRIMIDOS CADA 12 HORAS POR 3 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP DIARIO POR 7 DIAS	Destino Inmediato del Paciente <input checked="" type="checkbox"/> Domicilio
Observaciones CONSULTAR SOS	Categorización Cierre Atención C4
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 9496109) EZIO DE JESÚS BRAZZODURO HEREDIA 26159966-K	

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.



SOLICITUD EXAMEN RADIOLOGICO

N° FICHA CLINICA: _____

FECHA: 01/02/19.

NOMBRE: Marta Pichunlaf Millalef EDAD: 55

PROCEDENCIA: _____

RUT.: 8.917.315-9.

EXAMEN SOLICITADO: ELO GRAFIA ABDOMINAL.

DIAGNOSTICO Y SINTOMAS PRINCIPALES: _____

OBS HERNIA INFRAUMBILICAL.

SI N° _____

NO

NOMBRE MEDICO SOLICITANTE: Dr. _____

Dr. Edgardo Ibáñez González
Médico Cirujano
R.M. 18.434.307/K
R.M. 41301/1

FIRMA



78.947.610-1
 OFTAMEDICA S.A.
 CONSULT,EXAM,INTERV.LASER, PROCED.E
 INTERV.QUIRURG,OTRAS ACT.DE LA SAL
 AVENIDA ALEMANIA 0450
 TEMUCO

RUT 78.947.610-1
**BOLETA NO AFECTA
 O EXENTA ELECTRÓNICA**
 N° 78368

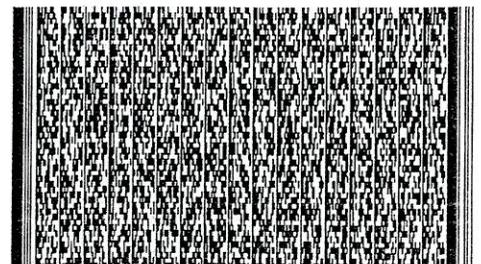
S.I.I. - TEMUCO

Señor(es)	MARTA PICHUNLAF MILLALAF	Fecha Emisión	01 de abril de 2019
RUT	8.917.315-9	Comuna	TEMUCO
Dirección	REPUBLICA 906		

DETALLES					
Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Ind	Total
20	TOMOGRAFIA OPTICA DE COHERENCIA MACULA	1	46.900	EX	46.900



TOTALES	
Monto Exento	46.900
Total	46.900



Timbre Electrónico SII
 Res. 80 de 2014
 Verifique documento: www.nubox.com/ValidarDTE.htm

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACION AL PACIENTE GES
(Artículo 24°, Ley 19.966)

Datos del Prestador

Nombre de la Institución (Hospital, Clínica, Consultorio, etc)

Clínica Oftamedica

Dirección

Av. Alemania 0450

Ciudad

Temuco

Nombre Persona que Notifica

Miguel Angel Vega

Rut persona que notifica en representación del Prestador de Salud

8638199-0

Antecedentes del paciente

Nombre Completo

MARTA PICHUNLAF MILLALAF

Rut

8917315-9

Aseguradora (Seleccione una opción):

Fonasa

Isapre

Dirección

republica 906

Comuna/Región

Temuco

Teléfono de Contacto:

Fijo: 0 Celular: 997213114

Correo Electrónico (E-mail)

malisio.27@hotmail.com

Información Médica

Confirmación diagnóstica GES (Problema de Salud - Patología)

31 RETINOPATIA DIABETICA Ojo: Bilateral

Notificación

Fecha:

25-03-2019

Hora:

16:45

Observación:

Confirmación diagnóstica

Paciente en tratamiento

DR. MIGUEL ANGEL VEGA VEGAS

Oftalmólogo

Rut: 8.638.199-0

Constancia

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, GES, siempre que la atención sea otorgada en la Red de Prestadores que me corresponde según Fonasa o la Isapre, a la que me encuentro adscrito.

Informé diagnóstico GES
Firma de la Persona
que notifica

Tomé Conocimiento
Firma o huella digital del
paciente o representante

IMPORTANTE: El paciente debe tener presente que si no se cumplen las garantías, pueden reclamar ante el Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: MIRAFLORES A.P.S.

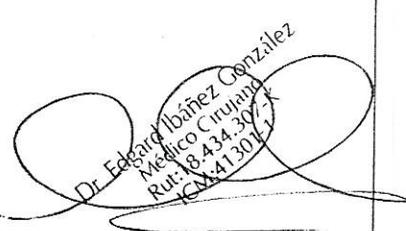
NUMERO DE ATENCION: 9302398

ADMISION: 01/02/2019 21:50		INICIO DE ATENCION: 01/02/2019 22:04		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MARTA DEL CARMEN PICHUNLAF MILLALAF			RUT: 8917315 - 9		
DIRECCION: CALLE REPUBLICA 906 S/N S/N			PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 55 años 7 meses 1 días		SEXO: FEMENINO		PREVISION: FONASA - B	

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	01/02/2019 21:58		REF QUE ESTA CITADA PARA CONTROL POR HERNIA ABDOMINAL PCTE DE SANTA ROSA.		
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]		Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	167 [mmHg]				
Presión Diastólica:	89 [mmHg]				
Frecuencia Cardiaca:	95 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	100 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:	302 [mg/dl]				
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:			Tipo de Consulta : ADULTO Origen de la Procedencia DOMICILIO Otros Datos * NINGUNO		
Distresado:	SI - NO	SI - NO			

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho		Elemento Causante		Fecha Aproximada del Hecho		Hora aproximada del hecho					
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Accidente escolar <input type="checkbox"/> Accidente doméstico <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO						
DIA	MES	AÑO									
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones <input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días) <input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días) <input type="checkbox"/> Grave (30 días o más) <input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios											

Diagnóstico (DAU N° 9302398)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
K469 : (En estudio) HERNIA ABDOMINAL		C3	
Tratamiento Realizado		Condición del paciente al cierre de atención	
		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Medicamentos administrados en Box		Destino Inmediato del Paciente	
1 - UNIDAD - KETOROLACO 30 MG/ML INYECTABLE [SOLUCION INYECTABLE] - (ENDOVENOSA)		<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio	
Indicaciones		Categorización Cierre Atención	
SE EDUCA FRIO LOCAL PARACETAMOL 500MG 2 COMP C/8HRS X 3 DIAS CONTROL EN ECOGRAFIA EN CONSULTORIO SUA SOS		C4	
Observaciones			
DM2, HTA CUADRO DE LARGA DATA DE AUMENTO DE VOLUMEN SUPRAPUBICO SENSIBLE, QUE AUMENTA CON VALSALVA EX: BEG, AFEBRIL, HDE MASA PALPABLE SUPRAPUBICA DE 3 CM AUMENTA NO AUMTN A VALSALVA, DOLO R LEVE A LA PALAPCION, SIN LESIONES EN PIEL, SIN SINGOS DE COMPLICACION			
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 9302398)			
EDGARD IBAÑEZ GONZALEZ 18434307-K			

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.

TATIANA ALEJANDRA VASQUEZ ANTONIO

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N ° 1843

RUT: 14.067.400-1

**GIRO(S): SERVICIOS DE MEDICOS PRESTADOS DE FORMA
INDEPENDIENTE,**

MEDICINA INTERNA - DIABETES Y NUTRICION

Los conquistadores 2105 Villa/Pob. Casa 11 , TEMUCO

Fecha: 14 de Diciembre de 2018

Señor(es): MARTA DEL CARMEN PICHUNLAF MILLALAF

Rut: 8.917.315- 9

Domicilio: REPUBLICA 906 SANTA ROSA, TEMUCO

Por atención profesional:

CONSULTA MEDICA	30.000
Total Honorarios \$:	30.000

Fecha / Hora Emisión: 14/12/2018 15:01



14067400018434074608

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

Dra. Tatiana Vásquez A.
Diabetes y Nutrición
14.067.400-1

El contribuyente emisor de esta boleta está encargado de declarar y enterar el PPM de Segunda Categoría correspondiente al 10%.

11201812141501

Fecha / Hora Impresión: 14/12/2018 15:01



DIAG. CLÍNICA ALEMANA DE TEMUCO LTDA.
RADIOLOGIA (4324)

Orden de Pago
 Nro 1903001244

Paciente : PICHUNLAF MILLALAF MARTA DEL CARMEN RUT : 8917315-9 Ficha : 5836416
 Teléfono : 956338249 Sexo : F Edad : 55a Pieza :
 Fecha : 08-03-2019 8:26:22 Cama :
 Tipo Arancel Fonasa CONVENIO FONASA
 Previsión : Fonasa

Código Exa. Interno	Nombre	Valor	Cantidad	Recargo		A Pagar
				Horario	Urgencia	
431005	ETG. DE ABDOMEN GENERAL	34.270	1	0	0	34.270

Emitido por: ADM_URRUTIA ASTUDILLO PAMELA

Médico solicitante IBAÑEZ GONZALEZ EDGARD Total Orden: 34.270
 Rut : 18434307-K

Observación:



Detalle Cod / Exame	Nombre Examen	Código Bono según Prestación
431005	ETG. DE ABDOMEN GENERAL	1/0404003

Registro Clínico Electrónico

Fecha Atención
13/03/2019 10:45:01

Datos Paciente			
Nombre Paciente	MARTA DEL CARMEN PICHUNIAF MILLALAF	Rut Paciente	8917315-9
Edad	30/06/1963 (55 A 8 M 13 D)	Previsión	FONASA - B
Dirección	CALLE REPUBLICA 906 S/N S/N	Género	FEMENINO
Teléfono Fijo	56452389587	Teléfono Móvil	56968548831
Teléfono Rural			
Datos Establecimiento			
Establecimiento	TEMUCO HOSP.	Número Atención	7805214
Ficha Paciente	260532	Cuenta corriente	49486487
Datos Profesional			
Nombre	TATIANA VASQUEZ ANTONIO	Rut	14067400-1
Especialidad	MEDICINA INTERNA	Policlínico	DIABETES
Datos Atención			
Fecha Atención	13/03/2019 10:45:01		
Estado Atención	SE PRESENTO		
Actividad	CONTROL		
Tipo Alta	CONTROL MISMA ESPECIALIDAD		
Anamnesis y Evolución			
<p>SRA MARTA, 55 AÑOS, TRABAJA COMO VENDEDORA DE FRUTAS EN EL CENTRO. DM2 DE LARGA DATA, COMPLICADA CON NEUROPATIA DM, RETINOPATIA DM, NEFROPATIA DM Y ULCERA PIE. F: TOUJEO 12 U AM, GALVUSMET 50/1000 1 POST ALMUERZO, LOSARTAN 50 MG 1- 1/2, HCT 1/2, ATORVASTATINA 40, PREGABALINA 75 MG NOCHE. SE DEJO VITAMINAS Y ANDA MEJOR. CON GLICEMIAS BIEN, SIN BAJAS.</p>			
Hipótesis Diagnóstica			
DM2 IR			
Diagnóstico			
<ul style="list-style-type: none"> * DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE * PIE DIABETICO * RETINOPATIA DIABETICA EN DM II (GES) Problema Salud – RETINOPATIA DIABETICA Estado – TRATAMIENTO GES * NEFROPATIA DIABETICA * HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL (GES) Problema Salud – HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL 15 AÑOS Y MAS Estado – TRATAMIENTO GES * DISLIPIDEMIA * ANEMIA 			
Exámenes Complementarios			
FCO ABDOMINAL NORMAL. TSH NORMAL, CREAT 0,8, PRT 24 HRS 350, LDL 140.			
Tratamiento e Indicaciones			
<ol style="list-style-type: none"> 1. AUMENTAR ATORVASTATINA A 80 MG NOCHE. 2. RESTO MANTENGO. 3. SOLICITO EDA. 			



FONDO NACIONAL DE SALUD
BONO DE ATENCION DE SALUD

N° 360742079

COPIA

FECHA EMISION : 25/03/2019 RUT AFILIADO : 8917315-9
RUT BENEFICIARIO : 8917315-9 NOMBRE BENEFICIARIO : MARTA DEL CARMEN PICHUNLAF MILLA
DIRECCION : REPUBLICA 906 GRUPO INGRESO : B
EDAD BENEFICIARIO : 55 SEXO BENEFICIARIO : F
NRO PROGRAMA : 0 NRO PRESTAMO : 0

CODIGO PRESTACION	DESCRIPCION	HORA	ITEM	CANTIDAD	VALOR TOTAL	VALOR BONIFICACION	APORTE SEG. COMP.	VALOR A PAGAR
0101204	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDA	N	0	1	21.170	7.940	0	13.230
TOTALES					21.170	7.940	0	13.230
MONTO A PAGAR : 13.230								

PROFESIONAL/INSTITUCION : 78947610-1 OFTAMEDICA S.A.

MEDICO TRATANTE : 0-0

MEDICO SOLICITANTE : 0-0

Nivel : 3
FECHA ATENCION : _/ _/ _

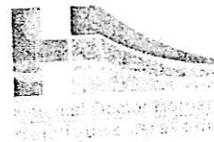
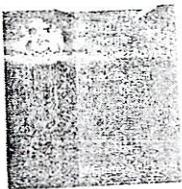


Marcelo Mosso Gómez
Marcelo Mosso Gómez
Director
Fondo Nacional de Salud

FIRMA BENEFICIARIO

FIRMA PROFESIONAL/INSTITUCION





**SOLICITUD DE EXAMEN
GASTROENTEROLOGICO**

Nombre:	Marta Pichistol Millalof.	
Rut:	8.917.315-9	Ficha: 260.532
Diagnóstico:	DMII Anemia leve M-N Bajo de peso.	Edad: 55 a.

Marque el procedimiento indicado

- 1. Esofagogastroduodenoscopia
- 2. Colonoscopia
- 3. Rectoscopia
- 4. Manometria
- 5. Ph Metria
- 6. Extracción incruenta de cálculos (E.I.C)
- 7. Colangiografía (E.R.C.P)

Dra. Patricia Vásquez A.
Laboratorio y Nutrición
Rut 14.007.460-1

Temuco, 13/3/19.

Firma y Timbre