

**REPÚBLICA DE CHILE**  
**MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**  
**SECCIÓN MUNICIPAL**

Alto Hospicio, 29 de Febrero de 2012.-  
**DECRETO ALC. N° 410/2012.-**

**VISTOS Y CONSIDERANDO:** La Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Acuerdo N° 21/2012 tomado en la 5ª Sesión Ordinaria del Concejo Comunal de Alto Hospicio, de fecha 28 de Febrero de 2012, que aprueba por la unanimidad de sus miembros presentes, una ayuda social de \$250.000.- a favor de doña Virginia Abarca Espinoza, para costear gastos de estadía, locomoción, exámenes y otros, en Santiago, mientras realizan exámenes a su hija quien padece del síndrome de reyes secuelado, epilepsia secundaria, déficit neurológico motor y osteoporosis severa; Memorando N° 592/12 de 29 de Febrero de 2012, de la Dirección de Desarrollo Comunitario, que acompaña los antecedentes necesarios; Informe Socioeconómico, que justifica la entrega de la ayuda social acordada; y Certificado de Obligación Presupuestaria.

**DECRETO:**

- 1.- Otorguese ayuda social a doña **VIRGINIA GRACIELA ABARCA ESPINOZA**, RUT 8.093.189-1, por la suma de **\$250.000.- (doscientos cincuenta mil pesos)**, con la finalidad de costear gastos de estadía, locomoción, exámenes y otros, en Santiago, mientras realizan exámenes a su hija quien padece del síndrome de reyes secuelado, epilepsia secundaria, déficit neurológico motor y osteoporosis severa. Cúmplase la ayuda social mediante giro de cheque a nombre de la beneficiaria, por la suma antedicha, la que se rendirá conforme lo dispongan las normas legales y pertinentes y las instrucciones de la Dirección de Control de este Municipio.
- 2.- La Dirección de Administración y Finanzas deberá imputar los gastos que de ello deriven, con cargo a la cuenta N° **215.24.01.007**, del Presupuesto Municipal vigente.
- 3.- Encárguese a la Dirección de Administración y Finanzas en conjunto con la Dirección de Desarrollo Comunitario, el fiel cumplimiento de esta ayuda, sin perjuicio de las facultades fiscalizadoras que ejerza la Dirección de Control en la aprobación de la rendición de cuenta.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**

**Fdo.** Don Ramón Galleguillos Castillo, Alcalde de la Comuna de Alto Hospicio. Autoriza don Luis Patricio Ríos Muñoz, Secretario Municipal Subrogante. Lo que transcribo para su conocimiento y demás fines a que haya lugar. Doy fe.-



**LUIS PATRICIO RÍOS MUÑOZ**  
**SECRETARIO MUNICIPAL SUBROGANTE**

LRM/lrm  
Distribución:  
Adm. y Finanzas  
Dideco  
Dir. Control  
Sec. Municipal



MUNICIPALIDAD  
ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal



Alto Hospicio, 29 de Febrero de 2012.

**MEMORANDUM N° 592 /2012.**

A : Directora Dirección Jurídica / Sra. Rosa Maria Alfaro Torres.

DE : Directora Dirección Desarrollo Comunitario / Sra. Camila Arce Fajardo.

Junto con saludarle y mediante la presente remito a usted los siguientes casos sociales:

- Caso Social de la Sra. Luisa Salfate Milla, Rut 15.389.050-1, por \$ 400.000, se solicita realizar el Decreto Alcaldicio y cheque a nombre de la Sra. Luisa Salfate Milla, Rut 15.389.050-1, para gastos de estadía, alojamiento y mantención en Santiago.
- Caso Social del Sr. Raúl Vergara Vergara, Rut 3.130.371-0, por \$ 130.000, se solicita realizar el Decreto Alcaldicio y cheque a nombre de la Directora de Dideco Sra. Camila Arce Fajardo.
- Caso Social de la Sra. Virgina Abarca Espinoza, Rut 8.093.189-1, por \$ 250.000, se solicita realizar el Decreto Alcaldicio y cheque a nombre de Sra. Virgina Abarca Espinoza.
- Caso Social de la Sra. Keyla Rubio Pozo, Rut 17.431.227-3, por \$ 700.000, se solicita realizar el Decreto Alcaldicio y cheque a nombre de Sra. Keyla Rubio Pozo.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



*Camila Arce Fajardo*  
Camila Arce Fajardo  
Directora  
Dirección Desarrollo Comunitario

**Distribución:**

- Archivo Jurídico. ✓
- Archivo DIDECO.



## MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunal

Resumen Caso Social Consejo Municipal	
Nombre del / la solicitante	VIRGINIA GRACIELA ABARCA ESPINOZA
Actividad	VENDEDORA DE LENCERIA POR CATALOGO
Edad	55 AÑOS RUN 8.093.189-1
Ingresos	\$90.000 (415.000 grupo familia)
Puntaje F.P.S	6858
Grupo Familiar	03 ADULTOS 01 DE ELLOS DISCAPACITADO
Fecha de la Visita	08 DE Febrero de 2012
Documentación Adjunta	FOTOCOPIA CARNE DE IDENTIDAD INFORME SOCIAL INFORMES MEDICOS DE YOHANA SALINAS CITACION HOSPITAL EL SALVADOR DE YOHANA CITACION DE INSTITUTO TELETON DE YOHANA CITACION INSTITUTO NEUROCIRUGIA DE STGO DE SRA VIRGINIA ABARCA CERTIFICADO MEDICO DE VIRGINIA ABARCA COMPROBANTES DE COMPRA PASAJES VIA LAN DE YOHANA VIRGINIA Y DE DON JAIME SALINAS LISTADO DE IMAGEN FICHA PROTECCION SOCIAL
SITUACION ACTUAL	LA SRA VIRGINIA TIENE UNA HIJA DE 25 AÑOS DISCAPACITADA PADECE DE SINDROME DE REYES SECUELADO, EPILEPSIA SECUNDARIA, DEFICIT NEUROLOGICO MOTOR Y UNA OSTEOPOROSIS SEVERA QUE LA TIENE EN SILLA DE RUEDAS. ENFERMEDAD QUE HA SIDO TRATADA EN EL HOSPITAL CALVO MACKENNA EL SALVADOR Y TELETON. ADEMAS LA SRA. VIRGINIA PRESENTA UNA DISCOPATIA DEGENERATIVA Y DOS HERNIAS LUMBARES Y HA SIDO INTERVENIDA EN 02 OPORTUNIDADES PARA IMPLANTES DE INJERTOS OSEOS. LA SRA. VIRGINIA DEBIO REALIZARSE UNA RESONANCIA MAGNETICA EN EL INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA DE STGO. EL 17 DE FEBRERO Y SERA NUEVAMENTE INTERVENIDA. SU HIJA YOHANA TIENE ATENCION MEDICA EL 28 DE FEBRERO EN EL HOSPITAL DE LA TELETON EN SANTIAGO Y

Yohana Salinas: Síndrome Reyes Secuelado, <sup>LOKOMAT TELETON</sup>  
epilepsia secundaria, déficit neurológico.  
y osteoporosis severa. 28 febrero (teleton stgo).

Virginia Abarca: discopatía severa degenerativa y  
dos hernias lumbares = Se realizó  
Resonancia Magnética

	<p>.CON MUCHO ESFUERZO ESTA FAMILIA REUNIO EL DINERO Y VIAJO A SANTIAGO VIA AEREA. SE OBSERVA UNA SITUACION ECONOMICA DEFICITARIA EL CONYUGE DE LA SRA VIRGINIA TRABAJA COMO CHOFER EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE ALTO HOSPICIO DADA LA COMPLEJIDAD DE LA ENFERMEDADES QUE PRESENTA EL GRUPO FAMILIAR LA INSUFICIENCIA ECONOMICA SE JUSTIFICA APOYAR CON LA SUBVENCION SOLICITADA DE <u>\$250.000</u> PARA COSTEAR GASTOS DE ESTADIA, LOCOMOCION , EXAMENES U OTRA EMERGENCIA QUE SE LES PRESENTE EN LA CAPITAL</p>
<p>Forma de pago</p>	<p>HACER CHEQUE A NOMBRE DE SRA VIRGINIA ABARCA ESPINOZA EL QUE PUEDE SER RETIRADO PARA SU DEPOSITO POR SU HIJA MONICA SALINAS ABARCA RUT 15.090.763-2 CON DOCUMENTO NOTARIAL QUE RESPALDA LA AUTORIZACION DE SU RETIRO</p>
<p>NOMBRE Y FIRMA DE ASISTENTE SOCIAL</p>	<p>MARIA ELENA VALDERRAMA LOPEZ</p> <p><i>M. E. Valderrama</i></p> <p>Municipalidad de Alto Hospicio ASISTENTE SOCIAL Direccion Desarrollo Comunitario</p>



# INFORME SOCIAL

Nro.: **0001036**

**Antecedentes del solicitante**

Nombre Completo **ABARCA ESPINOZA VIRGINIA GRACIELA** Nacionalidad **Chile**  
 R.U.N. **8093189-1** Estado civil **Casado** Sexo: **Femenino**  
 Fecha de nacimiento **14/08/1957** Previsión **Fonasa B**  
 Escolaridad **Educación media científico humanístico** Profesión u oficio **PENSIONADA**  
 Domicilio **PSJE. 32 MIRADOR DEL PACIFICO** Nro. **3041** Fono (recado) **97171368**  
 Programa puente **NO** Ficha Prot. Social **2638173** Puntaje: **6999**

**Condiciones de saneamiento y confort**  Agua potable  Energía eléctrica  Alcantarillado **Antecedente habitacional** 1. Propietario

Antecedentes del grupo familiar		Nro. de Integrantes :	Ingreso per - Capita :	Total de ingresos \$
Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad
ABARCA ESPINOZA VIRGINIA GRACIE	8093189-1	jefe/a de familia	14/08/1957	Preparatoria - sistema
JAIME SALINAS HERRERA	6572926-1	Cónyuge o pareja	20/11/1952	Educación media cienti
JOHANA VALESKA SALINAS ABARCA	16592918-7	Hijo/a de ambos	10/07/1987	Eduación básica
				Actividad u Oficio
				PENSIONADA
				CHOFER
				PENSION BASICf
				Ingresos
				90.000
				250.000
				75.000
				Previsión
				Fonasa B
				Fonasa B
				Fonasa A
				415.000

**Asunto** Solicita, subvención económica de \$250.000 Para cubrir gastos de alojamiento, movilización, alimentación exámenes de urgencia, medicamentos y otros que se podrían presentar.

**Situación Social**

La hija de la entrevistada, Yohana Salinas, padece Síndrome de Reye secueiado, con epilepsia secundaria, déficit neurológico motor, y Osteoporosis Severa. Hace uso de silla de ruedas. Virginia Abarca, madre, padece discopatía degenerativa y 2 hernias lumbares. Por lo anterior, debio realizarse Resonancia Magnética, en el Instituto de Neurocirugía de Santiago, el día 17 de febrero del 2012, razon por la cual deberá ser operada. La hija de la informada, tiene una atención en el instituto TELETON de Santiago. Dadas las complejidades deben realizar el viaje via aérea. Con mucho esfuerzo la familia reunió el dinero y viajaron a Santiago para realizar sus respectivos tratamientos. Es por ello que solicita una subvención económica de \$250.000 para los gastos que tenga que realizar en la ciudad de Santiago, se adjunta documentación que acredita lo indicado.

*Maria Valderama*  
**MARIA ELENA VALDERRAMA LOPEZ**  
 ASISTENTE SOCIAL  
 Municipalidad de Alto Hospicio  
 Dirección Desarrollo Comunitario

Nombre y Firma Asistente Social

[dvaras@maho.cl](mailto:dvaras@maho.cl)

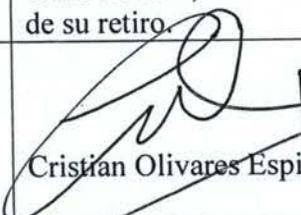
Fecha : **20/02/2012**



## MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunitario

<b>Resumen Caso Social Consejo Municipal</b>	
Nombre del / la solicitante	Virginia Graciela Abarca Espinoza
RUT	8.093.189-1
Actividad	Vendedora por Catalogo de Lencería
Edad	55 años
Ingresos	\$ 90.000
Puntaje F.P.S	6858
Grupo Familiar	3 personas
Fecha de la Visita	08 febrero de 2012
Situación Actual	<p>Virginia Abarca Espinoza, tiene una hija Yohana Salinas Abarca, que desde los 3 años, padece de Síndrome de Reye secuelado, con epilepsia secundaria, déficit neurológico motor, y una Osteoporosis Severa, que la tiene en silla de ruedas. Enfermedad que ha sido tratada en el Instituto TELETON, Hospital Calvo Mackenna y Hospital Salvador. Antecedentes de morbilidad de Virginia Abarca Espinoza, indican una discopatía degenerativa y 2 hernias lumbares, ha sido intervenida quirúrgicamente en 2 oportunidades en la columna para implantar injertos óseos.</p> <p>Virginia Abarca Espinoza debe realizarse una Resonancia Magnética, en el Instituto de Neurocirugía de Santiago, el día 17 de febrero de 2012 y será intervenida quirúrgicamente.</p> <p>Yohana Salinas Abarca tiene una atención el día 28 de febrero en el instituto TELETON de Santiago.</p> <p>Dadas las complejidades para movilizarse y la magnitud de la operación, deben realizar el viaje vía aérea y deben asistir acompañadas por un tercero, su cónyuge, Jaime Salinas Herrera. Jefe de hogar, cuyos ingresos son producto de su trabajo como conductor de ambulancia del Hospital Comunitario de Alto Hospicio.</p> <p>Se observa una condición económica deficitaria, dadas la problemáticas de salud que presenta el grupo familiar, que impide satisfacer dichas necesidades manifiestas y de traslado. Por lo anterior se sugiere entregar una subvención económica de \$ 275.000 que cubra los gastos de 3 pasajes aéreos Iquique-Santiago, Santiago - Iquique, para Virginia Abarca Espinoza y Yohana Salinas Abarca</p>

	que realizaron el viaje de ida el día 16 de febrero de 2012 y Jaime Salinas Herrera que realizo el viaje el día 23 de Febrero de 2012. El retorno de las 3 personas esta fijado para el día 31 de marzo de 2012
Documentación Adjunta	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Informes Médicos de Johana Salinas Abarca.</li> <li>-Citación a Instituto TELETON de Johana Salinas Abarca.</li> <li>-Citación Hospital El Salvador de Johana Salinas Abarca.</li> <li>Citación Instituto de Neurocirugía de Santiago de Virginia Abarca Espinoza.</li> <li>-Certificado Medico de Virginia Abarca Espinoza.</li> <li>Comprobantes de compras de Pasaje vía LAN de Johana Salinas Abarca, Virginia Abarca Espinoza y Jaime Salinas Herrera.</li> </ul>
Solicitud	Subvención económica de \$ 275.000 que cubra los gastos de 3 pasajes aéreos Iquique-Santiago, Santiago – Iquique, para Virginia Abarca Espinoza y Yohana Salinas Abarca, que realizaron el viaje de ida el día 16 de febrero de 2012 y Jaime Salinas Herrera que realizo el viaje el día 23 de Febrero de 2012.
Forma de pago y N° de cuenta	Cheque a nombre de Virginia Abarca Espinoza, el que puede ser retirado para su depósito por su hija, Mónica Salinas Abarca, Rut 15.090.763-2, con documento notarial que respalde la autorización de su retiro.
Nombre y Firma de la Asistente Social	 Cristian Olivares Espinoza <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  <b>ASISTENTE SOCIAL</b>  DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO </div>

*Robinson no le...  
Control de... en Stgo*

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

*NIS 1036*

**RECIBIDO**  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
04 ENE 2012  
16:25 HRS.  
**DIDECO**



*Cristian Olivos*

OFICINA DE PARTES

*- Mece...  
- Con fecha 20-02- se llamo por telefono a Sr. Virgin quien esta en Stgo.*

DISTRIBUCION DE CORRESPONDENCIA

*Procedencia recibida el 5/1/2012  
- Se...  
- 20...*

PROVIDENCIA N° 000016 2012

FECHA: 03 ENE 2012

DERIVADO A:

- ALCALDIA
- ADM. MUNICIPAL
- SECRET. MUNICIPAL
- DIREC. JURIDICO
- SECOPLAC
- DIREC. DE CONTROL
- DAF
- RENTAS
- INSPECTORES
- DOM

- DIDECO ✓
- DAO
- DEPORTES - CULTURA
- DIREC. DE TRANSITO
- DIREC. SERV. TRASPASADOS
- EDUCACION
- SALUD
- R.R.P.P.
- OF. TERRITORIAL
- OF. EMERGENCIA

*Concedido  
Luzmila  
Sprea*

OBSERVACIONES:

**RECIBIDO**  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
03 ENE 2012  
13:20 HRS.  
**ALCALDIA**



*Con en la  
Luzmila Sprea  
1 xue...  
Alcalde...  
xue...*

RECIBIDO  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

03 ENE 2012

13:20 HRS.

ALCALDIA



Sr. Alcalde

Ramón Galleguillos

Lo Saludo Primero que nada, y decirle que este año que viene llegu para Usted y familia y todos los que componen su municipio que este año sea mucho mejor, mucho éxito y felicidades, además aprovecho de darle las Felicitaciones los los juegos artificiales estuvieron hermosos por nuestra querida comuna, que cada día crece más, linda y limpia gracias a Usted y su municipio y Concejales, los felicito de todo corazón yo y mi familia estaremos siempre con Usted apoyándolo.

y somos unos padres muy agradecido de Udd. está siempre dispuesto a ayudar. gracias.

Sr. Alcalde ahora me dirijo a Udd. con mucha humildad soy madre de 3 hijos, la menor casi los 3 años  $\frac{1}{2}$  medio se enfermó muy grave de con Síndrome Reye que me quedo en sillita de Ruedas años más de 20 años luchando por mi hija telitón, Santiago, Calvo Matema. ahora está en controles exámenes en Hospital

El Salvador de Santiago.

Bueno la tuve Hospitalizada en julio 7 al 13 del año pasado Argenti me la depuró Udd. se fija en la Vitamina D del examen iba con 18. de calcio no tenía nada. me dijo el Doctor Aguayo Endocrinólogo, si no le subía el calcio a los huesitos me podía quedar Postrada.

en cualquier momento, o darle cancer a los huesitos imagínese como estaríamos nosotros. como papás tengo que, Sacarle, Hora para tres Especialistas allí en el Hospital

La Enfermedad, de la hija  
de Llana. (Otitis media)

Dirección: Mirador del Pacífico  
Paje 32 #3041.  
Con calle 9. Alfo Hospicio

Si. Alcalde.

Mi ~~problema~~ problema

Problema es el siguiente, además que yo también estoy enferma, tengo 2 operaciones a la columna, con injerto oseo voy para la fusera, pero para mi primo o mi hija.

¿Puede si Usted me puede ayudar con una subvención para llevar a mi hija a controles y exámenes, ya que tengo que hacer unos tratamientos en una máquina que se llama

Plataforma vibratoria para los huesos ella debería llegar a los 40. está en 27.

Ya no tenemos con mi marido el 30 de noviembre llegué con la niña en avión, muchos gastos estadia, avión, y para comer.

aunque llego a San Felipe, donde mis Papitos ellos ya están muy viejitos. ellos siempre me han apoyado ya que la familia nada.

Soy una madre eterna agradecida de Usted. de sus consejos y apoyo.

a Ud. - por ser una persona solidaria que está siempre dispuesto a ayudar.

Gracias muchas gracias por que siempre me ha ayudado con los pasajes a Stgo. pero ya no podemos viajar con mi hijita en Bess.

Siempre le he pedido a Dios que lo bendiga lo proteja y le de muchas bendiciones, estoy segura que volverá a su otra vez Alcalde de esta linda comuna estamos con Usted siempre.

Se despide una madre eterna agradecida de Usted.

Virginia Abarca 97171368  
Virginia Abarca por 97557259

tengo que estar el 9 de este mes para sacar los Honor.

La máquina que necesito mi hija actualmente está en Santiago y se lo tiene que traer un fisioterapeuta ya que la telefonía no me quiso ayudar en Santiago.

Nro.: 0001036

**INFORME SOCIAL**

**MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**  
 Dirección de Desarrollo Comunal
**Antecedentes del solicitante**

**Nombre Completo** ABARCA ESPINOZA  
**R.U.N.** 8093189-1  
**Fecha de nacimiento** 14/08/1957  
**Escolaridad** Educación media científico humanístico  
**Domicilio** PSJE. 32 MIRADOR DEL PACIFICO  
**Programa puente** NO

**Antecedentes del solicitante**  
**Nombre** VIRGINIA GRACIELA  
**Estado civil** Casado  
**Previsión** Fonasa B  
**Profesión u oficio** PENSIONADA  
**Nro.** 3041  
**Ficha Prot. Social** 2638173

**Nacionalidad** Chile  
**Sexo** Femenino  
**Fono (recado)** 97171368  
**Puntaje** 6999

1. Propietario

Antecedente habitacional

**Condiciones de saneamiento y confort**  Agua potable  Energía eléctrica  Alcantarillado **138.333** **Total de ingresos \$** 415.000

**Antecedentes del grupo familiar** **Nro. de Integrantes:** 3 **Ingreso per - Capita:**

Nombre Completo	R.U.N.	Parentesco	Fecha Nacim	Escolaridad	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión
ABARCA ESPINOZA VIRGINIA GRACIE	8093189-1	jefe/a de familia	14/08/1957	Preparatoria - sistema	PENSIONADA	90.000	Fonasa B
JAIMES SALINAS HERRERA	6572926-1	Cónyuge o pareja	20/11/1952	Educación media cienti	CHOFER	250.000	Fonasa B
JOHANA VALESKA SALINAS ABARCA	16592918-7	Hijo/a de ambos	10/07/1987	Educación básica	PENSION BASICf	75.000	Fonasa A

**Asunto**

Solicita, subvención económica de 275.000 que permita cubrir 3 pasajes aéreos Iquique- Santiago/Santiago-Iquique para Virginia Abarca Espinoza, Yohana Salinas Abarca, Jaime Salinas Herrera.

**Situación Social**

La hija de la entrevistada, Yohana Salinas Abarca, padece Síndrome de Reye secueado, con epilepsia secundaria, déficit neurológico motor, y Osteoporosis Severa. Esta en silla de ruedas. Virginia Abarca Espinoza, padece discopatía degenerativa y 2 hernias lumbares, ha tenido 2 cirugías en la columna. Debe realizarse Resonancia Magnética en el Instituto de Neurocirugía de Santiago, el día 17 de febrero de 2012 y será operada. Su hija tiene una atención el día 28 de febrero en el Instituto TELETON de Santiago. Dadas las complejidades, deben realizar el viaje vía aérea y acompañadas. Se observa una condición económica deficitaria. Se sugiere entregar una subvención económica de \$ 275.000 que cubra los gastos de 3 pasajes aéreos Iquique-Santiago, Santiago-Iquique, para Virginia Abarca Espinoza, Yohana Salinas y Jaime Salinas Herrera Abarca que realizaron el viaje de ida el día 16 y el 23 de febrero de 2012 respectivamente. El retorno de las 3 personas esta fijado para el día 31 de marzo de 2012.

**MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**  
**CRISTIAN OLIVARES ESPINOZA**  
**Asesor Social**  
**DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO**

Nombre y Firma

dvaras@mahh.cl

Fecha:

15/02/2012



# CARTOLA DE BENEFICIOS SOCIALES

14/02/2012  
18:51:15

N.I.S.	<b>0001036</b>	R.U.N.	<b>8093189-1</b>
NOMBRE BENEFICIARIO :	<b>ABARCA</b>	<b>ESPINOZA</b>	<b>VIRGINIA GRACIELA</b>
CALLE	<b>PSJE. 32 MIRADOR DEL PACIFICO</b>		<b>3041</b>
NRO. F.P.S.	<b>2638173</b>	PUNTOS	<b>6999</b>
INGRESOS	<b>415.000</b>	PERCAPITA	<b>138.333</b>
		INTEGRANTES	<b>3</b>

Folio	Fecha	Descripción	Monto \$	Asistente Social
987	13/03/2008	SOLICITA DOS PASAJES DE IDA Y DOS DE REGRESO	88.000	CRISTIAN OLIVARES ESPINOZA
1469	20/06/2008	PAQUETE FAMILIAR	88.000	CRISTIAN OLIVARES ESPINOZA
2160	23/09/2008	PASAJES	88.000	CRISTIAN OLIVARES ESPINOZA
4581	30/11/2009	PAOLA LEMA	88.000	CRISTIAN OLIVARES ESPINOZA
5443	19/02/2010	SOLICITA PASAJES (P. LEMA)	112.000	CRISTIAN OLIVARES ESPINOZA
6664	24/09/2010	SOLICITAS PASAJES PAOLA LEMA	112.000	CRISTIAN OLIVARES ESPINOZA
7233	17/01/2011	CUATRO PASAJES SANTIAGO(CAMILA ARCE)	112.000	CRISTIAN OLIVARES ESPINOZA
8571	27/09/2011	SOLICITA PASAJES MARIA ELENA VALDERRAMA	112.000	CRISTIAN OLIVARES ESPINOZA
<b>TOTAL BENEFICIOS \$</b>			<b>800.000</b>	

FOLIO N°   
 PUNTAJE:   
 FECHA P.J.E:



**LOCALIZACIÓN TERRITORIAL**

CÓDIGO COMUNA  ZONA  UNIDAD VECINAL

NOMBRE CAMPAMENTO, POBLACIÓN VILLA, COMUNIDAD INDIGENA, U OTRO

TIPO AGRUPACIÓN HABITACIONAL  CODIGO AGRUP. HABITACIONAL  CODIGO MANZANA  CODIGO CALLE

NOMBRE DE CALLE O CAMINO

NUMERO DE DOMICILIO  BLOCK/ CASA  DEPARTAMENTO/ SITIO  CODIGO VIVIENDA

**REFERENCIAS**

**DECLARACIÓN INFORMANTE CALIFICADO**

Declaro que los datos proporcionados son fidedignos, asumo la responsabilidad por ellos, y autorizo a MIDEPLAN a realizar un proceso de verificación de la información en caso de ser necesario. Adicionalmente, autorizo el uso de la información proporcionada, exclusivamente con el fin de postular a beneficios sociales del estado

FIRMA INFORMANTE CALIFICADO

N° DE ORDEN DE LA FAMILIA

INGRESOS		INGRESOS ANUALES DEL TRABAJO	JUBILACIONES O PENSIONES ANUALES	OTROS INGRESOS ANUALES
N°	Monto	Monto	Monto	Monto
2	<input type="text"/>	<input type="text" value="10800000"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text" value="24000000"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**VIVIENDA**

1 Tenencia del sitio  FUENTE DE AGUA DE LA VIVIENDA  Numero de habitaciones que usan como dormitorios excluyendo baño y cocina

1 Tenencia de la Vivienda  DISTRIBUCION DE AGUA EN LA VIVIENDA  Numero de personas (residentes permanentes) no incluidas en la ficha que utilizan los mismos dormitorios

1 Familia Principal de la Vivienda  SISTEMA DE ELIMINACION DE EXCRETAS  USO DE BAÑO

**GESTIÓN DE LA FICHA**

Codigo Encuestador(a)  Codigo Supervisor(a)  Codigo Revisor(a)

FECHA APLICACIÓN FICHA: Día  Mes  Año  FECHA SUPERVISIÓN COMUNAL: Día  Mes  Año  FECHA REVISIÓN COMUNAL: Día  Mes  Año

FIRMA ENCUESTADOR(A)  FIRMA SUPERVISOR(A)  FIRMA REVISOR(A)

ULTIMA FECHA ACTUALIZACION:









## DENSITOMETRIA OSEA

Iquique, 02 de diciembre del 2008

Dr.:

Presente: \_\_\_\_\_

El examen del(a) paciente **Yohana Salinas Abaraca** dió el siguiente resultado:

### DENSITOMETRIA OSEA

La densidad mineral ósea de columna lumbar (L2 - L4) es de 0.905 g/cm<sup>2</sup>. Este valor corresponde a un T-Score de -2.2 desviaciones standard en relación a paciente joven y un Z-Score de -1.2 desviaciones standard en relación a paciente de la misma edad y sexo.

La densidad mineral ósea del cuello femoral (derecho) es de 0.606 g/cm<sup>2</sup>. Este valor corresponde a un T-Score de -3.1 desviaciones standard en relación a paciente joven y Z-Score de -2.5 desviaciones standard en relación a paciente de la misma edad y sexo.

### CONCLUSION

1.- Osteoporosis.

CMK/prv

Atentamente ,

  
Carlos Patricio Mardojovich  
Medico Radiólogo

**SALINAS ABARCA YOHANA VALESKA**

Procedencia : HOSPITAL SALVADOR  
Medico Solicitante : HOSPITAL SALVADOR  
Edad : 24  
Fecha Toma Muestra : 05-05-2011 08:15 am  
Fecha Emision : 05-05-2011  
Numero de Orden : 0176896

**RESULTADOS**

25 HIDROXI VITAMINA D ng/mL : 18.0 *NADA de calcio A Los huesos*

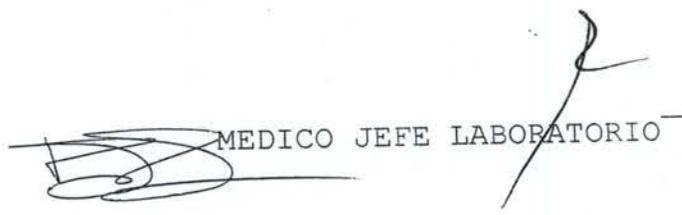
**VALORES DE REFERENCIAS:**

**VALORES NORMALES:**

ADULTOS : 20 - 50 ng/mL

NIÑOS : 14 - 45 ng/mL

METODO: RADIOINMUNOANALISIS

  
MEDICO JEFE LABORATORIO

**SALINAS ABARCA YOHANA VALESKA**



Procedencia : HOSPITAL SALVADOR  
Medico Solicitante : HOSPITAL SALVADOR  
Edad : 24  
Fecha Toma Muestra : 05-05-2011 08:15 am  
Fecha Emision : 05-05-2011  
Numero de Orden : 0176896

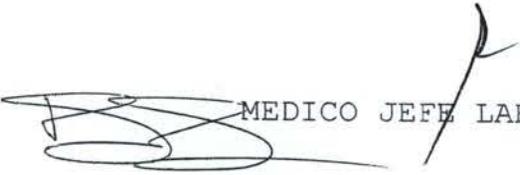
**HORMONA**

HORMONA PARATIROIDEA pg/mL : 58.0

**VALORES DE REFERENCIAS:**

12 - 72 pg/mL

METODO: QUIMIOLUMINISCENCIA

 MEDICO JEFE LABORATORIO

RANCAGUA # 835 - TELEFONO: 225 7928 - FAX: 251 8536 - SANTIAGO

**SALINAS ABARCA YOHANA VALESKA**

Procedencia : HOSPITAL SALVADOR  
Medico Solicitante : HOSPITAL SALVADOR  
Edad : 24  
Fecha Toma Muestra : 09-11-2011 11:35 am  
Fecha Emision : 17-11-2011  
Numero de Orden : 0187056

**RESULTADOS**

25 HIDROXI VITAMINA D ng/mL

: 27.3 *Recupero' calcio pero diversa  
Estar en 40.*

**VALORES DE REFERENCIAS:**

VALORES NORMALES:

ADULTOS : 20 - 50 ng/mL

NIÑOS : 14 - 45 ng/mL

METODO: RADIOINMUNOANALISIS

 MEDICO JEFE LABORATORIO 

# SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACION

FOLIO Nº \_\_\_\_\_

FECHA SOLICITUD: Día 14 Mes 04 Año 2011

HORA

Debe ser llenado en Admisión

1. Servicio de Salud	2. Establecimiento
3. Especialidad	4. Unidad

DATOS DEL(DE LA) PACIENTE	5. Nombre <u>Yohana Salinas</u>	6. Historia Clínica <u>16792518-8</u>	
	Apellido paterno	Apellido Materno	Nombres
	7. RUT. <input type="text"/>	8. Si es recién nacido, RUT de padre o madre beneficiario <input type="text"/>	
	9. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	10. Fecha de Nacimiento: Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	11. Edad <u>24</u> Años <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Horas
	12. Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localidad)		
	13. Comuna de Residencia	14. Teléfono 1	15. Teléfono 2

Para ser llenado por el profesional que solicita la interconsulta o derivación	
17. Se deriva para atención en: Establecimiento: <u>H. Salvador</u>	18. Especialidad <u>reumatología</u>
19. Se envía a consulta para: Confirmación Diagnóstica <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Realizar Tratamiento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar <u>reumatología</u>	
20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: (anote con letra legible y sin siglas)	
<u>Derivada a estudio desde Ispire x hipotiroideo pero además osteoporosis. Se menciona nta med desde la <u>su</u>. (secuela Ige).</u>	
21. ¿Sospecha problema de salud AUGE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	22. Subgrupo o subproblema de salud AUGE (si corresponde)
23. Fundamentos del diagnóstico	
24. Exámenes realizados <u>evaluación</u>	

Para ser llenado en Admisión, excepto la firma		
25. Nombre <u>Ortiz</u>	26. RUT. <u>5546214-8</u>	
Apellido paterno	Apellido Materno	Nombres
Firma Profesional <u>Ortiz</u>		



EPICRISIS N° 12144

26 / 7 / 11  
14 r  
García

NOMBRE	YOHANA VALESKA SALINAS ABARCA				
RUT	16592918	EDAD	24 Años	CTA CTE	1450587
FECHA INGRESO	07/07/2011 19:47:00			FECHA EGRESO	13/07/2011 13:33:00

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL**  
Osteopenia secundaria a déficit de vitamina D

**FUNDAMENTO DEL DIAGNÓSTICO**  
Paciente de sexo femenino, oriunda de Iquique, con antecedentes de síndrome de Reye a los 3 años de edad, secuejado con epilepsia 2aria en tratamiento con carbamazepina (400 mg al día) y déficit neurológico motor en rehabilitación en Teletón, con movilidad disminuida, se desplaza en silla de ruedas.  
Es ingresada desde el poli de endocrinología, donde se controla con Dr. Aguayo, para estudio de su patología ósea. Paciente ingresa en BCG, sin deterioro clínico, sin dolor ni disnea, asintomática. Por lo cual al ingreso se envía IC a endocrinología para evaluación.  
Ella trae consigo antecedentes y exámenes realizados en el extrasistema donde destacan:  
DMO 3/2007: columna lumbar L2-L4: Z-score-3,7; cuello femoral derecho Z-score -4,52; cuello femoral izquierdo Z-score -4,51.  
DMO 11/2007: cuello femoral Z-score: -2,45; columna lumbar L2-L4 Z-score- 2,83  
Radiografía de columna dorsal y lumbar (15/02/2011): Escoliosis lumbar, hiperlordosis, lumbar, probable osteoporosis.  
DMO 14/02/2011: Columna L2-L4 Z-score:-1,7; Cuello femoral derecho Z-score: -1,9.  
Pruebas tiroideas (03/02/2011): TSH 7.11 uUI/ml T4L: 11.1 pmol/l  
Calcemia, fosfemia, magnesemia normales.  
PTH: 55; 25-OH-vitamina D 18 (bajo)

**DIAGNOSTICOS ASOCIADOS**  
1.- Sd. de Reye secuejado  
2.- Epilepsia Secundaria en tratamiento  
-Crisis parciales simples  
3.- Hipotiroidismo primario en tratamiento

**CIRUGIAS REALIZADAS**

FECHA OPERA.	PROCEDIMIENTO	CIRUJANO	SERVICIO	EQUIPO
--------------	---------------	----------	----------	--------

**RESUMEN CLINICO**  
Paciente de sexo femenino, oriunda de Iquique, con antecedentes de síndrome de Reye a los 3 años de edad, secuejado con epilepsia 2aria en tratamiento con carbamazepina (400 mg al día) y déficit neurológico motor en rehabilitación en Teletón, con movilidad disminuida, se desplaza en silla de ruedas.  
Es ingresada desde el poli de endocrinología, donde se controla con Dr. Aguayo, para estudio de su patología ósea. Paciente ingresa en BCG, sin deterioro clínico, sin dolor ni disnea, asintomática. Por lo cual al ingreso se envía IC a endocrinología para evaluación.  
Ella trae consigo antecedentes y exámenes realizados en el extrasistema donde destacan:  
DMO 3/2007: columna lumbar L2-L4: Z-score-3,7; cuello femoral derecho Z-score -4,52; cuello femoral izquierdo Z-score -4,51.  
DMO 11/2007: cuello femoral Z-score: -2,45; columna lumbar L2-L4 Z-score- 2,83  
Radiografía de columna dorsal y lumbar (15/02/2011): Escoliosis lumbar, hiperlordosis, lumbar, probable osteoporosis.  
DMO 14/02/2011: Columna L2-L4 Z-score:-1,7; Cuello femoral derecho Z-score: -1,9.  
Pruebas tiroideas (03/02/2011): TSH 7.11 uUI/ml T4L: 11.1 pmol/l  
Calcemia, fosfemia, magnesemia normales.  
PTH: 55; 25-OH-vitamina D 18 (bajo)  
La paciente evoluciona siempre en BCG, asintomática HDN estable, afebril, sin apremio ventilatorio. Se solicitan exámenes para estudio donde destaca VHS, ELP, pbas hepáticas, coagulación, hemograma, GSV y función renal dentro de rangos normales.  
El 12/7/2011 se realiza Ecografía abdominal que destaca signos sugerentes de esteatosis hepática difusa, sin otros hallazgos  
Perfil bioquímico: (11/07/2011) Albumina 4, proteínas totales 6.4, Ácido úrico 1.3, calcemia 8.8, Fosfemia 3, Tg 47, Colesterol 174, HDL 7.5, LDH 150, CK 48, Mg 2.2 FA 75.  
Con estos antecedentes el 13/07/2011 es evaluada por equipo de Endocrinología que sugieren suspensión de bifosfonato y suplementar aporte con calcio + vitamina D (Calciovit) con controles en Endocrinología con TSH, T4L, Calcemia, Fosfemia y Vitamina D en sangre en 6 meses más.  
El mismo día es evaluada por Epileptólogo. Refiere que epilepsia corresponde a epilepsia parcial secundaria. Con crisis de inicio parcial simple que evolucionan a parciales complejas. Por persistencia de epilepsia activa, sugiere aumentar Carbamazepina a 3 comprimidos diarios.  
Dadas las buenas condiciones de la paciente, afebril, asintomática, HDN estable. Sin necesidad de estudio adicional por cuadro de osteopenia. Se decide alta con controles en Neurología y Endocrinología en forma ambulatoria.

SERVICIO	MEDICINA	EQUIPO	MEDICINA
TIPO ALTA	ALTA DOMICILIO		
MEDICO TRATANTE	JOSE VIÑUELA COX		

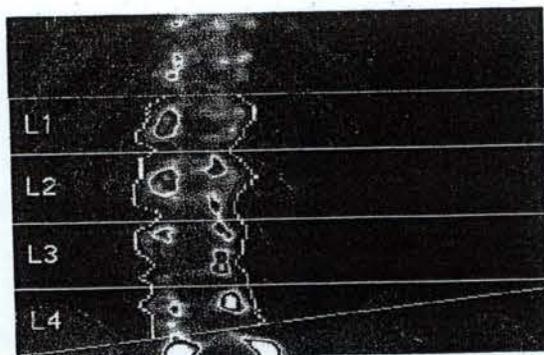
**INDICACIONES AL ALTA**

RESULTADOS COLUMNA AP

ID del PACIENTE: Salinas Abarca  
 NOMBRE: Salinas Abarca, Yohana

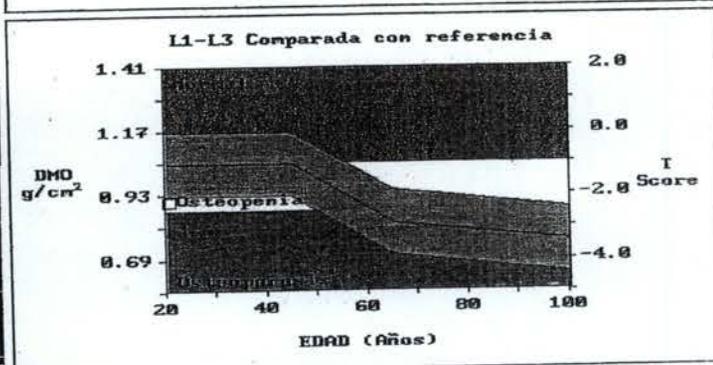
EXPLORACION: 4.7 02.12.2008  
 ANALISIS: 4.7 02.12.2008

ID: Salinas Abarca, Yo      FECHA: 02.12.2008



LUNAR®

IMAGEN NO PARA DIAGNOSIS



L1-L3 DMO (g/cm<sup>2</sup>)<sup>1</sup>      0.905 ± 0.01  
 L1-L3 T-Score<sup>2</sup>      -2.21 ± 0.1  
 L1-L3 Z-Score<sup>3</sup>      -1.17 ± 0.1

Edad (años).....	21	Estándar Grande.....	265.64	Modo de explor.....	Lento
Sexo.....	Mujer	Media Estándar.....	200.41	Tipo de explor.....	DPX-Alpha
Peso (kg.).....	34	Pequeña Estándar....	140.74	Colimación (mm.)....	1.68
Estatura (cm.).....	138	Aire keV bajo (cps).	828829	Tamaño-muestra (mm).	1.2x 1.2
Etnia.....	Hispánico	Aire keV alto (cps).	464854	Intensidad (µA).....	750
Sistema.....	8098	Valor R (% grasa)...	1.361(15.3)		

Zona	DMO <sup>1</sup> g/cm <sup>2</sup>	Adulto Joven <sup>2</sup> %	Score-T	Similar Edad <sup>3</sup> %	Score-Z
L1	0.853	76	-2.3	85	-1.3
L2	0.959	80	-2.0	89	-1.0
L3	0.892	74	-2.6	83	-1.5
L4	0.868	72	-2.8	81	-1.7
L1-L2	0.912	79	-2.0	89	-0.9
L1-L3 <sup>4</sup>	0.905	77	-2.2	87	-1.2
L1-L4	0.898	76	-2.4	85	-1.3
L2-L3	0.926	77	-2.3	86	-1.2
L2-L4	0.911	76	-2.4	85	-1.4
L3-L4	0.882	73	-2.7	82	-1.6

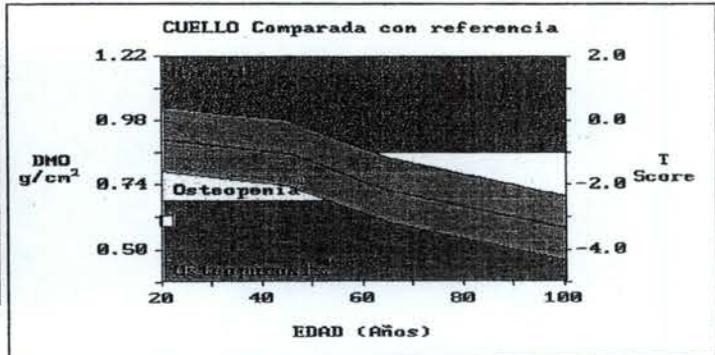
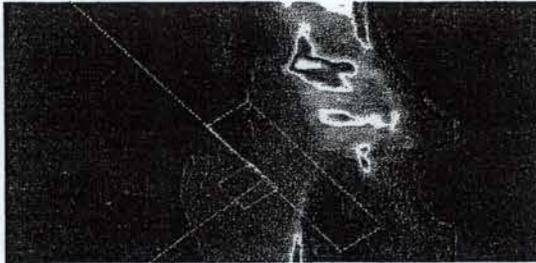
- 1 - Consulte apéndice sobre precisión y exactitud. Estadísticamente un 68% de las exploraciones repetidas estarán dentro de 1 DE. (±0.01 g/cm<sup>2</sup>)
- 2 - Población estadounidense de referencia de la columna AP, adulta joven 20-45. Consulte apéndices.
- 3 - Comparado con edad, peso (25-100kg) y étnia.
- 4 - La OMS ha definido para las mujeres blancas que: >-1.0 DE = normal; -1.0 a -2.5 DE = osteopenia; <-2.5 DE = osteoporosis.

RESULTADOS FEMUR

ID del PACIENTE: Salinas Abarca  
 NOMBRE: Salinas Abarca, Yohana

EXPLORACION: 4.7 02.12.2008  
 ANALISIS: 4.7 02.12.2008

ID: Salinas Abarca, Yo      FECHA: 02.12.2008



CUELLO DMO (g/cm<sup>2</sup>)<sup>1</sup>      0.606 ± 0.014  
 CUELLO T-Score<sup>2</sup>      -3.12 ± 0.1  
 CUELLO Z-Score<sup>3</sup>      -2.49 ± 0.1  
 CUELLO sDMO (mg/cm<sup>2</sup>)<sup>7</sup>      546 ± 14

LUNAR®

IMAGEN NO PARA DIAGNOSIS

Edad (años).....	21	Estándar Grande.....	265.64	Modo de explor.....	Lento
Sexo.....	Mujer	Media Estándar.....	200.41	Tipo de explor.....	DPX-Alpha
Peso (kg.).....	34	Pequeña Estándar.....	140.74	Colimación (mm.).....	1.68
Estatura (cm.).....	138	Aire keV bajo (cps).	828829	Tamaño-muestra (mm).	1.2x 1.2
Etnia.....	Hispanico	Aire keV alto (cps).	464854	Zona--altura (mm)....	60.0
Sistema.....	8098	Valor R (% grasa)...	1.347(22.4)	Zona--Anchura (mm)...	15.0
Lado.....	Derecho	Intensidad (µA).....	750	Zona--angulo (gr)....	52

Zona	DMO <sup>1</sup> g/cm <sup>2</sup>	Adulto Joven <sup>2</sup> % Score-T	Similar Edad <sup>3</sup> % Score-Z
CUELLO <sup>4</sup>	0.606	62      -3.1	67      -2.5

- 1 - Consulte apéndice sobre precisión y exactitud. Estadísticamente un 68% de las exploraciones repetidas estarán dentro de 1 DE. (±0.014 g/cm<sup>2</sup>)
- 2 - Población estadounidense de referencia del fémur, adulta joven 20-45. Consulte apéndices.
- 3 - Comparado con edad, peso (25-100kg) y étnia.
- 4 - La OMS ha definido para las mujeres blancas que: >-1.0 DE = normal; -1.0 a -2.5 DE = osteopenia; <-2.5 DE = osteoporosis.
- 7 - La DMO de Lunar para CUELLO es 0.606 g/cm<sup>2</sup>. Por favor consulte J Bone Miner Res 1994; 9:1503-1514.



# SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACION

CUENTA CORRIENTE  
**1450587**  
 SALINAS ABARCA YOHANA VALESKA  
 RUT : 16892916-7  
 F. PAGO : FONASA 3  
 F. NAC : 1987-07-10 00 00  
 SEXO : FEMENINO

FECHA SOLICITUD: Día 13 Mes 07 Año 2011

Debe ser llenado en Admisión

1. Servicio de Salud <u>SSM</u>	2. Establecimiento <u>H del Salvador</u>
3. Especialidad	4. Unidad <u>Dr. Rodriguez</u>

DATOS DEL(DEL) PACIENTE	5. Nombre <u>Sulmon</u> <u>Abarran</u> <u>Yohana</u>	6. Historia Clínica
	Apellido paterno	Apellido Materno
	Nombres	
	7. RUT. <u>16592916-7</u>	8. Si es recién nacido, RUT de padre o madre beneficiario
9. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	10. Fecha de Nacimiento: Día <u>  </u> Mes <u>  </u> Año <u>  </u> Hora <u>  </u>	11. Edad: <input checked="" type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Días <u>23</u> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Horas
12. Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localidad)		
13. Comuna de Residencia	14. Teléfono 1	15. Teléfono 2
16. Correo Electrónico		

Para ser llenado por el profesional que solicita la interconsulta o derivación

17. Se deriva para atención en:	Establecimiento: <u>H del Salvador</u>	18. Especialidad: <u>Neurología</u>
19. Se envía a consulta para:	Confirmación Diagnóstica <input type="checkbox"/> Realizar Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar <u>  </u>	
20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: (anote con letra legible y sin siglas)		
<u>- Epilepsia Zaria</u>		
<u>- Síndrome de St. de Reye.</u>		
21. ¿Sospecha problema de salud AUGE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Especificar Problema	22. Subgrupo o subproblema de salud AUGE (si corresponde)
23. Fundamentos del diagnóstico <u>paciente con antecedentes antes descritos por crisis parciales simples. Se maneja con carbamazepin 200 mg c/8hs.</u>		
24. Exámenes realizados <u>Se solicita control con especialista</u>		
<u>ATTE</u>		

Para ser llenado en Admisión, excepto la firma

25. Nombre <u>Vinucha</u> <u>Cox</u> <u>José</u>		
Apellido paterno	Apellido Materno	Nombres
26. RUT. <u>15877571-9</u>	Firma Profesional	

SM 131

HOSPITAL DEL SALVADOR  
SERVICIO DE NEUROLOGIA  
LABORATORIO DE ELECTROENCEFALOGAMA

Información del paciente

Apellido: SALINAS ABARCA ID del Paciente: 83.351  
Nombre: JOHANA Sexo: Mujer  
Fecha Nacimiento: 07-10-1987 Dominancia: Derecha  
Diagnostico: EPILEPSIA PARCIAL SIMPLE EN TRATAMIENTO .ULTIMA CRISIS EN JULIO. Procedencia: POLICLINICO NEUROLOGIA

Epilepsia Diag Crisis :  
Edad 1ªCrisis :  
Descripción de Crisis:

Diag Epilepsia :  
Fecha Ultima Crisis:

Inicio de grabación 09-11-2011 10:38:27

Médico Informante

Fin de la grabación 09-11-2011 10:56:50

Técnico: ANA

Tiempo Grabación: 00:18:17

Médico Solicitante DR.STUARDO

Tipo: vEEG

Estado de Paciente REPOSO- VIGIL- NO  
COMPRENDE  
ORDENES

Medicación: EUTIROX-  
CARBAMAZEPINA 600  
MG- DIAZEPAM 0,5

Tipo Examen: EEG DIGITAL  
STANDARD  
ACTIVADO CON

Conclusión : Registro EEG, dominado por una actividad de base de frecuencia 10 cps, de amplitud 20  $\mu$ V, abundante, bastante bien modulada, de correcto gradiente antero-posterior y bien reactiva a la apertura ocular,

Discreta e inespecíficamente perturbado por contaminación por una discreta proporción de ondas theta rápidas en posterior.

Actualmente no contiene signos típicos de epilepsia.

Atte. Dr. Darío Ramirez.



SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACION

FOLIO N°

FECHA SOLICITUD: Día Mes Año 03 11 2011

HORA

Debe ser llenado en Admisión

1. Servicio de Salud SSMO 2. Establecimiento H del Salvador 3. Especialidad Neurología 4. Unidad

DATOS DEL(DE LA) PACIENTE 5. Nombre Salinas Abuna Tolana 6. Historia Clínica 7. RUT 16592918-7 8. Si es recién nacido, RUT de padre o madre beneficiario 9. Sexo: Femenino 10. Fecha de Nacimiento 11. Edad 29 años 12. Domicilio 13. Comuna de Residencia 14. Teléfono 1 15. Teléfono 2 16. Correo Electrónico

DATOS CLINICOS Para ser llenado por el profesional que solicita la interconsulta o derivación 17. Se deriva para atención en: Establecimiento: H del Salvador 18. Especialidad Cuad. Ología 19. Se envía a consulta para: Confirmación Diagnóstica Realizar Tratamiento 20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: Síndrome Maye Secuelas Epilepsia que en tratamiento Aménica catéctrica? 21. ¿Sospecha problema de salud AUGÉ? 22. Subgrupo o subproblema de salud AUGÉ (si corresponde) 23. Fundamentos del diagnóstico 24. Exámenes realizados

DATOS DEL( LA) PROFESIONAL Para ser llenado en Admisión, excepto la firma 25. Nombre Guadales 26. RUT 9320574-9 Firma Profesional Guadales



0258632

NOMBRE: Yolene Salas Arango CTA. CTE.: 16.592.9183

RUT: \_\_\_\_\_ PREVISION: \_\_\_\_\_

Nº FICHA:

SERVICIO:

Rp. \_\_\_\_\_ FFR-0286

MEDICAMENTO	VIA ADM.	DOSES	Nº DIAS SOLIC.	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD ENTREGADA
VIT DE 800 UI					
3 al día					
0 hora 2 vit de 800					
+ 1 celimax D3 por día					
<del>Permacort</del>					

DIAGNOSTICO: Diboynevia  
 NOMBRE DEL MEDICO: Braun CODIGO: 16578  
 FECHA: 11-11-2011 FIRMA DEL MEDICO: \_\_\_\_\_



ATA

NOMBRE: Yolene Salas CT

RUT: \_\_\_\_\_ PREVISION: \_\_\_\_\_

Nº FICHA:

SERVICIO:  SALA: JR CAMA: 9

Rp. \_\_\_\_\_ FFR-0273

MEDICAMENTO	VIA ADM.	DOSES	Nº DIAS SOLIC.	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD ENTREGADA
Calciovit D		1 comp 1 día			
Calciumozaquin 2000		984 mg			
Lanohexiny 500 mg		1 día			
x 30 días					
7					

DIAGNOSTICO: Epilepsia Postoperativa  
 NOMBRE DEL MEDICO: Utrilla Col CODIGO: BM131  
 FECHA: 13/11/11 RUT: 15897571-9 FIRMA DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

1450587  
 SAL INRS ABRARCA YOHANA VALESKA  
 RUT : 16592918-7  
 F. PAGO : FONASA A  
 F. NAC : 1987-07-10 00:00  
 SEXO : FEMENINO

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE  
HOSPITAL DEL SALVADOR



**CARNE DE ALTA Y CITACION**



1450587

NOMBRES: \_\_\_\_\_ SALINAS ABARCA YOHANA VALESKA \_\_\_\_\_

RUT : 16592918-7

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ F. PAGO : FONASA A \_\_\_\_\_

F. NAC : 1987-07-10 00 00

RUT: \_\_\_\_\_ SEX: FEMENINO \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

PREVISION: \_\_\_\_\_

Nº FICHA: \_\_\_\_\_

En beneficio de su atención guarde este carnet.  
Preséntelo cada vez que consulte Médico o le sea  
solicitado en algunas de las dependencias del  
Establecimiento.



SERVICIO DE NEUROLOGIA  
HOSPITAL DEL SALVADOR

## CERTIFICADO

El médico que suscribe certifica que el (la) Sr.(a)

Johana Salinas Abzaca  
Ficha Clínica N° 16592918-7 se encuentra en control y tratamiento  
en este Servicio, por presentar el diagnóstico de  
Epilepsia Parcial Sol. de Reye

### NOTA:

La paciente debe concurrir a control  
en febrero 2012 a control.

Se extiende el presente certificado, para ser  
presentado donde se estime conveniente.

DR.(A)



Médico Tratante

Santiago, Noviembre 16/2011  
glm.-



N° Historia: 16592918-7  
 Nombres: YOHANNA  
 Apellidos: SALINAS ABARCA  
 Procedencia: Especialidad  
 Servicio/Consult: POLI ENDOCRINOLOGIA

Sexo: Mujer  
 Edad: 23  
 Profesional Solic: NNNNN NNNNN NNNNN  
 Fecha de Ingreso: 03/02/2011 8:31  
 Pág. 1 de 1

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

**HORMONAS-MARCADORES TUMORALES**

Validado Por: TM.Cecilia Fernández Moroso

**HORMONAS TIROIDEAS**

Metodo: Electroquimioluminiscencia (ECLIA) en Analizador Elecsys 2010

Fol.  
Res.

TSH  
T4 Libre

7.11 uIU/ml [ 0.27 - 4.20 ] \*  
 11.10 pmol/l [ 12.0 - 22.0 ] \*

Cecilia Fernández Moroso  
 RUT: 15.684.435-7  
 TECNÓLOGO MEDICO

Firma Responsable

Fecha Informe: 03/02/2011 11:19  
 Fecha Impresión: 3/2/2011 13:04

mona 3676 65  
97171000

23pts 16-02-11.

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO SALUD QUEQUE  
HOSPITAL "DR. TORRES C."  
MEDICINA

FORMULARIO DE TRASLADO N. URGENTE  
FAX N. \_\_\_\_\_  
FICHA CLINICA N. 22250

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: Alvaro Abuce EDAD: 70 años  
DOMICILIO DEL PACIENTE: La Higuera  
SERVICIO DE ORIGEN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
ENVIADO AL HOSPITAL DE: Hospital de Quilman SERVICIO: Neurología

CLASIFICACION DEL PACIENTE	
Grupo A --	Grupo B --
Grupo C --	Grupo D --
Particular --	Convencios --
JEFE SOME	

RESUMEN CUADRO ACTUAL: punto de tratamiento en Hijo el  
Antal colvo Mofeno a la esof y ams. en Hijo el  
Lee Boyhirs 150 a 1m Muel. + Coleo Pre  
500 us Enferm x D3. apte 2 aus. 2 esline  
de Dumbuente ore. 14/02/2011 = Orl perme  
Orto Supo: B. J. us/ff  
Colonne. obsequial Es sin sup  
Hijacrobis semlor e. spinis  
nota = Epico Mofensa utulo bodin 70 x 1 us  
+ calcio 1 x che 500 us. alante 3 pias Muel  
me Supre epum Hrombas salino con  
us/ff = 7" nte 11 us  
Hosant con B. J. 26 us, 10 x che  
us/ff  
Al ene exomus.

MOTIVO DEL TRASLADO: Osteoporosis pura = Hipopotasemia

EXAMENES DE LABORATORIO: = Dumbuente Osep.  
= Rx Colonne Dorsolumbar.

MEDIO DE TRANSPORTE: BUS _____ AVION <u>X</u> AMBULANCIA _____	ACOMPAÑANTE: <u>(SI)</u> NO: _____
MEDICO _____ ENFERMERA _____ AUXILIAR _____ FAMILIAR _____	
PACIENTE O FAMILIAR QUE AUTORIZA EL TRASLADO: NOMBRE: _____ RUT: _____ PARENTESCO: _____ FECHA: _____ AUTORIZA EL TRASLADO _____	
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE SOLICITA EL TRASLADO: 	

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

JEFE SERVICIO

SUB-DIRECTOR

Imprimir

Cerrar

**FW: respuesta a solicitud de atención en lokomat**

De: **virginia abarca** (gracielavicky@hotmail.com)

Enviado: martes, 24 de enero de 2012 22:45:11

Para: Monica Salinas (monncci@hotmail.com)

---

Subject: respuesta a solicitud de atención en lokomat

Date: Mon, 23 Jan 2012 13:55:21 -0300

From: santiago@teleton.cl

To: gracielavicky@hotmail.com

CC: vbravo@teleton.cl

Estimada señora Virginia:

Junto con saludarle y a nombre del Dr. Milton González, Director Médico Nacional de los Institutos Teletón, me permito responder su solicitud de atención en Lokomat para su hija Johanna Salinas Abarca.

Por lo anterior, me es grato comunicarle que el Dr. González procedió a revisar los antecedentes médicos de Johanna, para luego otorgar su autorización de atención en policlínico de Lokomat.

Su hija tiene hora de atención con la Dra. Alejandra Sotomayor el día 28 de febrero a las 8:30 hrs. en el Instituto Teletón de Santiago.

Le saluda muy atentamente,



**Miríades Díaz G.**  
Secretaría Dirección  
Instituto Santiago  
Fono: 6772007  
www.teleton.cl

57-3PS 287



DIRECCION

Sancti Spiritus, 12-01-2012

12-03-11

A : DIRECTOR HOSPITAL Ispique

1240 1

DE : DIRECTOR HOSPITAL DEL SALVADOR

En respuesta a solicitud de atención para la paciente Yolysma Soliman a la especialidad de Cardiología comunico a Ud. que el paciente está citado el día 12-03-2012 a las 12:00 en Policlínico San Juan, con resumen clínico, exámenes y radiografías.

Atención Ambulatoria  en: Abasco

Hospitalización

Reservación al día pasajes cancelados

Observaciones: \_\_\_\_\_



Saluda Atentamente a Ud.

*Maria Elena Sepulveda Maldonado*

**MARIA ELENA SEPULVEDA MALDONADO**  
DIRECTORA  
HOSPITAL DEL SALVADOR

**Cristian Olivares**

---

**De:** Elizabeth Martinez [elizabeth.martinez@redsalud.gov.cl]  
**Enviado el:** miércoles, 08 de febrero de 2012 18:58  
**Para:** colivares@maho.cl  
**CC:** graciaviky@hotmail.com  
**Asunto:** Hora Resonancia.  
**Datos adjuntos:** virginia abarca.jpg

Informo a usted que la paciente Sra. VIRIGINIA ABARCA ESPINOZA. Cédula de Identidad 8.093.189-1. Ficha Clínica N°120041, debe presentarse el día 17 de Febrero del presente año en el Instituto de Neurocirugía Santiago a las 17:00 horas para realizarse Resonancia Nuclear Magnética. Se adjunta preparación de dicho examen.

Atentamente.  
Elizabeth Martínez V.  
Técnico Social.  
Fono: 5754630

---

**De:** Jessica Sandoval Villanueva [mailto:jessica.sandoval@redsalud.gov.cl]  
**Enviado el:** Miércoles, 08 de Febrero de 2012 18:49  
**Para:** elizabeth.martinez@redsalud.gov.cl  
**Asunto:**

Jessica Sandoval V.  
Secretaria S.O.M.E  
INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA  
Fono: 5754824 red Minsal: 254824  
mail: jessica.sandoval@redsalud.gov.cl



### PREPARACION PARA RESONANCIA MAGNETICA

Paciente: Virginia ABARCA ESPINOZA

Debe presentarse el día... 17 ..... de Feb ..... de 2012 a las... 17:00 ..... hrs

- Su hora será confirmada sólo si es contactado por una secretaria de la Unidad, 24 hr previo a su citación.
- Su número telefónico es el único medio de contacto. Tenga presente que si no podemos comunicarnos con Usted, su hora quedará automáticamente suspendida. Ante cualquier duda comunicarse al fono 5754653. (De 09:30 a 17:00 hrs.)

#### Preparación:

- 4 horas de ayuno (Líquidos y alimentos sólidos)
- Previsión vigente (credencial FONASA)
- Cedula de identidad y/o en su defecto certificado de nacimiento.
- Traer exámenes previos (TAC, RX)
- Si Ud., tiene 60 años o más debe traer CREATININA PLASMATICA que no debe ser mayor a 03 meses.
- El paciente no debe estar con síntomas de resfrío, tos, ni fiebre

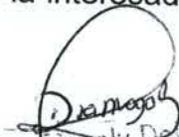
GOBIERNO DE CHILE  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
HOSPITAL COMUNITARIO DE SALUD  
FAMILIAR  
DR.MDF./ abrf

## CERTIFICADO

La que suscribe, DRA. MAGALY DELGADO FIENCO, RUT 22.500.433-1, Médico Cirujano del Hospital Comunitario de Salud Familiar de Alto Hospicio, certifica que la Sra. VIRGINIA GRACIELA ABARCA ESPINOZA, Rut 8.093.189-1, es paciente de este Centro Asistencial y presenta la siguiente patología: **DISCOPATIA LUMBAR, ARTROSIS, HNP HERNIA LUMBAR.**

El día 17 de Febrero debe presentarse en el Hospital de Neurocirugía del Hospital Salvador., para resonancia magnética y posterior operación.

Se extiende el presente certificado a petición de la interesada para los fines que estime conveniente.

  
Dra. Magaly Delgado F.  
MEDICINA GENERAL

**DRA. MAGALY DELGADO FIENCO  
MEDICO CIRUJANO  
HOSPITAL CSF DR. "HECTOR REYNO G."  
ALTO HOSPICIO**

---

Avenida Naciones Unidas N 3080. Sector La Pampa, Alto Hospicio  
Teléfono (57) 409429 - 409467  
Alto Hospicio - Chile

COLIVAR@MAIL.CL

17-02-2012



FOLIO: \_\_\_\_\_

INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA  
SOME

BENEFICIARIO  APLICADO

PRAIS

CONVENIOS

PARTICULARES

LIBRE ELECCION

ADMISOR 2

GOBIERNO DE CHILE  
INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA  
DR. A. ASENJO

09304461

Paciente

09-7171361

FORMULARIO SOLICITUD RESONANCIA MAGNETICA  
SERVICIO DE NEURORRADIOLOGIA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA  
INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA ASENJO  
(SE RUEGA ESORIBIR A MAQUINA O LETRA IMPRENTA)

HOSPITAL INCA SERVICIO ADULTOS

Apellido Paterno Abrun Apellido Materno Espos Nombres Virginia Edad 59

Rut: 8.093.189-1 Fecha Nac. 14 Agosto 1952 Nº Ficha 120041

Comuna Residencia Iquique Fono Paciente 97171368

PREVISION: A  B  C  D  Isapre  Particular

Hospitalizado  Ambulatorio

BREVE HISTORIA CLINICA: Paciente en examen de seguimiento de lesión desde el 2009.

DIAGNOSTICOS: Lesión total línea  
de 8 mm

EXAMENES PREVIOS: Rx simple  TAC  Cintigrama óseo  Angiografía

RESONANCIA  Fecha Última Resonancia: \_\_\_\_\_

QUE RESONANCIA SOLICITA: CEREBRAL  FOSA POSTERIOR  SILLA TURCA

OIDOS  CHARNELA OCCIPITO-CERVICAL  CUELLO

COLUMNA: CERVICAL  DORSAL  LUMBOSACRA  OTRA \_\_\_\_\_

JUSTIFICACION DE LA RESONANCIA SOLICITADA?  
Paciente en examen de seguimiento de lesión desde el 2009. Necesidad de control.

SI ES URGENTE INDIQUE EL MOTIVO \_\_\_\_\_

REQUIERE ANESTESIA: SI  NO

SI SU RESPUESTA ES POSITIVA, SEÑALE EL MOTIVO: \_\_\_\_\_

EL PACIENTE ES PORTADOR DE MARCAPASO O PROTESIS METALICA: SI  NO

SI SU RESPUESTA ES POSITIVA, ES DE: ACERO  TITANIO

NOMBRE MEDICO TRATANTE: Dr. J. Arbon

FONO CONTACTO MEDICO TRATANTE: 85467544

ESTIMADO MEDICO TRATANTE:  
ENVIAR A SU PACIENTE CON LOS EXAMENES RADIOLOGICOS PREVIOS (RM O TAC).

FIRMA MEDICO TRATANTE \_\_\_\_\_

Fecha 11/1/12

FIRMA Y TIMBRE JEFE SERVICIO \_\_\_\_\_



## Información de su Compra

Es importante que Ud. lea este documento.

Si tiene alguna duda favor consulte a su ejecutivo de ventas o llame a nuestro call center.

Nombre Pasajero	VIRGINIA ABARCA	Documento de Identificación	80931891
Código de Reserva	7XJTE4	N° Pasajero Frecuente	
Tipo de pasajero	Adulto		

## Desglose de su pago

## Forma de Pago

Concepto	Número de documento	Monto (1)	Tipo	Detalle	Fecha de Expiración	Código de Autorización
Tarifa		USD 157	Tarjeta de crédito (Webpay)	BE2P1469442474192		350347
Equivalente tarifa en moneda de pago		CLP 80.000				
Tasas y/o impuestos (2)		CLP 12.488				
<b>Total pasaje</b>	<b>045-2151439468</b>	<b>CLP 92.488</b>				
<b>Total pagado</b>		<b>CLP 92.488</b>				

(1) USD: Dólares

CLP: Pesos Chilenos

(2) Detalle de las tasas y/o impuestos:

CLP CL 12.488

## Itinerario

N° Vuelo	Origen	Destino	Salida		Llegada		Cabinas	Tarifa	Reserva de Asiento	Equipaje Chequeado
			Fecha	Horario	Fecha	Horario				
LA 367 Operado por LanExpress	IQUIQUE DIEGO ARACENA	SANTIAGO DE CHILE A MERINO BENITEZ	Thu 16-FEB-12	06:00	Thu 16-FEB-12	08:20	Economy-N	NEESP970	No tiene asiento reservado	Máximo 2 piezas que pesen 23 kgs. en total.
LA 164	SANTIAGO DE CHILE A MERINO BENITEZ	IQUIQUE DIEGO ARACENA	Sat 31-MAR-12	15:55	Sat 31-MAR-12	18:20	Economy-O	OEESP972	No tiene asiento reservado	Máximo 2 piezas que pesen 23 kgs. en total.

## Equipaje permitido

### Equipaje chequeado (transportado en la bodega del avión)

**23K:** Ud. tiene derecho a transportar en la bodega del avión 2 piezas que como máximo pesen entre ambas 23 kilos con una dimensión máxima de 158 cms (largo+ancho+alto) cada una.

Si Ud. quiere llevar más equipaje del permitido, infórmese del costo del exceso de equipaje en [http://www.lan.com/sitio\\_personas/planifica\\_tu\\_vuelo/todo\\_sobre equipaje/exceso equipaje.html](http://www.lan.com/sitio_personas/planifica_tu_vuelo/todo_sobre equipaje/exceso equipaje.html)

### Equipaje de mano (transportado en la cabina de pasajeros)

Corresponde al equipaje que va a ser embarcado consigo en la cabina del avión, en el que se recomienda llevar sus artículos de valor, documentación, dinero, joyas, como también artículos frágiles.

En la cabina de la Clase Economy puede transportar:

- Una pieza de equipaje de 8 kilos (que puede ser ubicada en los compartimientos de equipaje superiores).
- Un artículo personal (cartera, laptop o bolso de bebé), el cual debe ser ubicado bajo el asiento delantero, excepto en primera fila y en filas de emergencia.



## Información de su Compra

Es importante que Ud. lea este documento.

Si tiene alguna duda favor consulte a su ejecutivo de ventas o llame a nuestro call center.

Nombre Pasajero	YOHANA SALINAS	Documento de Identificación	165929187
Código de Reserva	7XJTE4	N° Pasajero Frecuente	
Tipo de pasajero	Adulto		

## Desglose de su pago

Concepto	Número de documento	Monto (1)
Tarifa		USD 157
Equivalente tarifa en moneda de pago		CLP 80.000
Tasas y/o impuestos (2)		CLP 12.488
<b>Total pasaje</b>	<b>045-2151439469</b>	<b>CLP 92.488</b>
<b>Total pagado</b>		<b>CLP 92.488</b>

## Forma de Pago

Tipo	Detalle	Fecha de Expiración	Código de Autorización
Tarjeta de crédito (Webpay)	BE2P1469442474192		350347

(1) USD: Dólares

CLP: Pesos Chilenos

(2) Detalle de las tasas y/o impuestos:

CLP CL 12.488

## Itinerario

N° Vuelo	Origen	Destino	Salida		Llegada		Cabina	Tarifa	Reserva de Asiento	Equipaje Chequeado
			Fecha	Horario	Fecha	Horario				
LA 367 Operado por LanExpress	IQUIQUE DIEGO ARACENA	SANTIAGO DE CHILE A MERINO BENITEZ	Thu 16-FEB-12	06:00	Thu 16-FEB-12	08:20	Economy-N	NEESP970	No tiene asiento reservado	Máximo 2 piezas que pesen 23 kgs. en total.
LA 164	SANTIAGO DE CHILE A MERINO BENITEZ	IQUIQUE DIEGO ARACENA	Sat 31-MAR-12	15:55	Sat 31-MAR-12	18:20	Economy-O	OEESP972	No tiene asiento reservado	Máximo 2 piezas que pesen 23 kgs. en total.

## Equipaje permitido

### Equipaje chequeado (transportado en la bodega del avión)

**23K:** Ud. tiene derecho a transportar en la bodega del avión 2 piezas que como máximo pesen entre ambas 23 kilos con una dimensión máxima de 158 cms (largo+ancho+alto) cada una.

Si Ud. quiere llevar más equipaje del permitido, infórmese del costo del exceso de equipaje en [http://www.lan.com/sitio\\_personas/planifica\\_tu\\_vuelo/todo\\_sobre equipaje/exceso equipaje.html](http://www.lan.com/sitio_personas/planifica_tu_vuelo/todo_sobre equipaje/exceso equipaje.html)

### Equipaje de mano (transportado en la cabina de pasajeros)

Corresponde al equipaje que va a ser embarcado consigo en la cabina del avión, en el que se recomienda llevar sus artículos de valor, documentación, dinero, joyas, como también artículos frágiles.

En la cabina de la Clase Economy puede transportar:

- Una pieza de equipaje de 8 kilos (que puede ser ubicada en los compartimientos de equipaje superiores).
- Un artículo personal (cartera, laptop o bolso de bebé), el cual debe ser ubicado bajo el asiento delantero, excepto en primera fila y en filas de emergencia.

Imprimir

Cerrar

# Confirmacion de compra

De: **LAN.com** (sales@bo.lan.com)  
 Enviado: sábado, 21 de enero de 2012 23:03:14  
 Para: **MONNCCI@HOTMAIL.COM**  
 2 archivos adjuntos  
 cuv\_165929187.pdf (35,1 KB) , cuv\_80931891.pdf (35,1 KB)

**Código de reserva: 7XJTE4****Información de pago**

Información de pago	
Estado del pago:	APROBADO (0)
Forma de Pago:	Tarjeta de Crédito
Código de compra:	BE2P1469442474192
Monto:	CLP 184.976
Código de Autorización:	350347
Fecha transacción:	2012-01-22
Hora transacción (GMT):	02:02:50

**Información de entrega**

E-ticket: Su ticket será electrónico y sólo debe presentarse en el aeropuerto con una identificación válida.

**Call Center:**

Alemania: 01805-340767 (14ct/Min.)  
 Argentina: 0810-9999-LAN (526)  
 Australia: 1 800 701 992  
 Bolivia: 800 100 521  
 Brasil: 0 800 761 0056  
 Canadá: 1-866-435 9526  
 Chile: 600-526 2000  
 Colombia: 01 800 956- 4509

FALABELLA RETAIL S.A.

RUT 77.261.280-K  
H.LA CCP. 2555 L.152-252 CAJA 001  
IQUIQUE  
2555/3601 03/02/12 15:22 4290 619248

MARCELA FERNANDHERRERA

Sello Verde

NUMERO DE SIC VIAJES 03577203  
0000000098748 AEREO \$ 88411

SUB TOTAL 88411

TARJETA CMR Visa 88411

PAG DIF1

XXXXXXXXXXXX4882 /0719/01/17775520/00/A

VUELTO 0  
T 03/02/12 45 RECAUDAC 88411. T T  
CLIENTE PREMIUM

COMPROBANTE DE VENTA CON PIN

MONTO 88411

TASA DE INTERES 3.49

NRO DE CUOTAS 3 TOTAL CREDITO

97956 VALOR CUOTA 32652

PRIMER VENCIMIENTO: 25/03/2012

CMRPUNTOS  
PUNTOS

PUNTOS POR ESTA COMPRA: 589  
PUNTOS ACUMULADOS : 21584

ABARCA ESPINOZA/VIRGINIA

EXPIRACION : 0719

TARJETA CMR Visa : XXXXXXXXXXXX4882

CUOTAS : 3

PAG DIF1

ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON CMR  
\*\* COMPROBANTE NO VALIDO COMO BOLETA \*\*



**SOLICITUD DE INGRESO A CAJA** \*\* CAJERANTE NO VALIDO COMO BOLETA \*\*  
**SIC válido para ser pagado hoy 03-02-2012**

MARCELA FERNANDHERRERA  
 SOLICITANTE  
 NUMERO DE SIC VIAJES 03577203  
 0000000098748 AEREO  
 salinas jaime

11-1229429	Barbara Bettiz	Nombre del Pasajero	88411
N° de Negocio	Vendedor	SUB TOTAL	88411
		TARJETA CMR Visa	88411

Detalle	Importe
Servicios de turismo	9874
	\$ 88411

CLIENTE PREMIUM

Por concepto de / Observaciones

	MONTO	88411
	TASA DE INTERES 3.49	
	NRO DE CUOTAS 3 TOTAL CREDITO	
	97956 VALOR CUOTA 32452	
	PRIMER VENCIMIENTO: 25/03/2012	
	T 03/02/2012 45 RECAUDACIO	88411.

03-02-2012

Tipo de Cambio Aéreo: 490 - Tipo de cambio Terrestre: 495

34997-salinas/jaime

Original Cliente

**Condiciones Generales**

Viajes Falabella Ltda. Y S.A.C.I. Falabella, declaran explícitamente que obran como intermediarios entre los viajeros y las entidades o personas llamadas a facilitar los servicios que constan en el itinerario, o sea empresas de transporte, hoteles, restaurantes, etc) por lo tanto no son responsables de los actos que estas pudieran realizar (retrasos de vuelos, asignación de habitaciones, asientos en los buses, comidas, etc.), ni tampoco de la negligencia de personas, puesto que no llevan un control directo sobre estas entidades o personas.

Las compañías marítimas y terrestres que intervienen en estos viajes, no podrán considerarse responsables de cualquier acto, omisión o irregularidad que afecten al pasajero en que este permanezca fuera de los respectivos medios de transporte. El contrato del pasaje constituirá el único lazo que une a la compañía aérea con el comprador o viajero.

El cliente declara que acepta todas y cada una de las condiciones y plazos previstos por las compañías proveedoras de los servicios, ya sean aéreos, marítimos o terrestres sometiéndose a estas para todo efecto. Asimismo, el cliente acepta el cobro de gastos de anulación y/o multas según lo estipule la respectiva empresa proveedora y la agencia de viajes. El cliente libera de toda responsabilidad a Viajes Falabella Ltda. y S.A.C.I. Falabella por devoluciones no efectuadas por las empresas proveedoras.

El cliente libera de responsabilidad a Viajes Falabella Ltda. y S.A.C.I. Falabella por cualquier decisión que adopten en relación a alterar los itinerarios si circunstancia o fuerza mayor obligara a ello, para la mejor organización y desarrollo de los servicios contratados.

El cliente debe consultar en el consulado respectivo las condiciones que los países exigen para ingresar a su territorio. El cliente ha sido advertido de la posibilidad de que algunos países no acepten el ingreso de personas que no cumplan con condiciones exigidas por las autoridades, tales como recursos para mantenerse durante su estadía, invitación de un habitante del país, vacunas, seguros u otros.

Vº Bº

Firma Cliente



Santiago, 3 Febrero 2012

**CONFIRMACIÓN PASAJE AEREO NEGOCIO NÚMERO:1229429**

Nombres	Apellidos	PP	Nacionalidad
JAIME	SALINAS	6.572.926-1	CHILENA

**ITINERARIO DE VUELO:**

Servicio	De	A	Salida	Llegada
Sky Airlines - H2 0197 - Directo				
Jue 23FEB	IQUIQUE	SANTIAGO	0800	1010

Total de Millas: 0910 Duración 02.10 Horas  
Reserva: Confirmada - Localizador Línea Aérea: NK484  
Tipo de Equipo: Boeing 737 \*\* CLASE: Q  
Comida a Bordo: Desayuno

Sky Airlines - H2 0406 - Directo				
ab 31MAR	SANTIAGO	IQUIQUE	0830	1050

Total de Millas: 0910 Duración 02.20 Horas  
Reserva: Confirmada - Localizador Línea Aérea: NK484  
Tipo de Equipo: Boeing 737 \*\* CLASE: X  
Comida a Bordo: Snack

Código de reserva de Viajes: CGKJJG  
Código de reserva de Línea aérea: NK484

NO OLVIDE RECONFIRMAR SU VUELO DE REGRESO  
HORA DE PRESENTACION EN AEROPUERTO 2 HORAS ANTES  
VIAJES FALABELLA LE DESEA FELIZ VIAJE

**Total a pagar: 18.000 CMR PUNTOS + \$ 88.411.-**  
Tiempo Límite de pago 3 Febrero hasta las 17.00 hrs

Nombre y Firma: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_



**Condiciones Generales:**

- **Devolución:** Una vez efectuado el pago total de los servicios **NO es permitido su devolución.**
- **Cambios de nombre: NO es permitido.**
- **Modificación de datos de información de pasajeros: NO es permitido.**
- **Cambios de fecha: NO es permitido.**
- **Tipo de cambio-moneda:** Se aplica el tipo de cambio vigente al momento de efectuar el pago(abono o total), y si existiera un saldo pendiente se le aplicara el tipo de cambio vigente al momento de efectuarse el pago de este saldo.

**Documentos de viaje:** Es responsabilidad exclusiva del pasajero mantener vigente la documentación necesaria para llevar a cabo su viaje, entre los documentos requeridos se contemplan necesariamente: a. Cédula de Identidad vigente durante todo el periodo de duración del viaje (ida y vuelta) y en buen estado; b. Pasaporte, para los países en que fuere requerido, vigente por un periodo de al menos seis meses desde fecha de ingreso al país de destino, y en buen estado; c. Visa en los casos que fuere requerida, para países en tránsito y países de destino; d. En caso de realizar el viaje con menores de edad: i.) Autorización Notarial o Judicial para salir del País en caso de viajar sólo uno de los padres o un tercero o Certificado de Defunción en caso de encontrarse fallecido uno de los padres y viajen los menores con el otro.

Todos estos documentos en original más 3 fotocopias legalizadas ante Notario; ii.) Libreta de familia o certificado de nacimiento de los menores en original más 3 fotocopias legalizadas ante Notario; iii.) (En caso de viajar menores de edad a cargo de un tercero), autorización notarial para que lo represente ante organismos públicos o privados en el extranjero.

**Corresponde a cada pasajero consultar a la Embajada o Consulado respectivo sobre los requisitos y condiciones especiales de ingreso en la época programada para el viaje. Viajes Falabella no se hace responsable por la pérdida de cualquiera de los documentos requeridos o la omisión por parte del cliente de cualquiera de los requisitos señalados precedentemente.**

- **Los días de alojamiento hoteleros** se computan desde las quince (15:00pm) horas y finaliza a las doce (12:00 pm) horas del día siguiente independiente de la hora de llegada, salida y de utilización completa o fraccionada del mismo.
- **La duración de los programas o paquetes turísticos** es indicada como primer día el de salida y como último incluido el día de regreso del destino, independiente del horario de salida o de llegada.
- Los servicios denominados de **cortesía** como tours, paseos, seguros, desayunos u otro tipo de alimentación y fee de gestión de agencia **No** tienen valor de devolución.
- **Asignación Asientos:** No es posible reservar asientos. Serán asignados por la línea aérea, por grupos de pasajeros.
- **Entrega Documentos:** Los comprobantes de servicios serán entregados 7 días antes de la salida, independiente de la fecha de pago.
- **Precios e Itinerarios** están sujetos a cambios realizados por las líneas aéreas y servicios terrestres.

**Declaro, haberme informado en las embajadas y/o consulados respectivos sobre los requisitos de ingreso y tránsito a los países incluidos en el viaje, y estar en pleno conocimiento de la documentación, y condiciones especiales necesarios. Haber leído, recibido y estar conforme con la asesoría prestada por Viajes Falabella Limitada.**

**Nombre y Firma:** \_\_\_\_\_

**Rut:** \_\_\_\_\_



Barbara Bettiz Ejecutiva de Ventas  
[bbettiz@falabella.cl](mailto:bbettiz@falabella.cl) | +56 2 390 60 98  
Síguenos   - [viajesfalabella.com](http://viajesfalabella.com)





