

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

Luis Rios

RECIBIDO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
193 29 FEB 2012
15:28 HRS. Fe
DIRECCION JURIDICA



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
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 DISCOPIA 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, ^{LOKOMAT TELETON}
epilepsia secundaria, déficit neurológico.
y osteoporosis severa. 28 febrero (teleton stgo.)

Virginia Abarca: discopatía severa degenerativa y
dos hernias lumbares = sero multivesicular
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		Ingreso per - Capita :		Total de ingresos \$			
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
JAIME 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
						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, razón 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 vía 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
 Municipalidad de Alto Hospicio
 ASISTENTE SOCIAL
 Dirección Desarrollo Comunitario

Nombre y Firma Asistente Social

dvaras@maho.cl

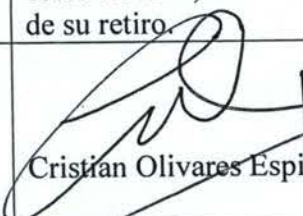
Fecha : **20/02/2012**



MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

Dirección de Desarrollo Comunitario

Resumen Caso Social Consejo Municipal	
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"> -Informes Médicos de Johana Salinas Abarca. -Citación a Instituto TELETON de Johana Salinas Abarca. -Citación Hospital El Salvador de Johana Salinas Abarca. Citación Instituto de Neurocirugía de Santiago de Virginia Abarca Espinoza. -Certificado Medico de Virginia Abarca Espinoza. Comprobantes de compras de Pasaje vía LAN de Johana Salinas Abarca, Virginia Abarca Espinoza y Jaime Salinas Herrera.
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: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO ASISTENTE SOCIAL 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 20-02-2012 se llamo por telefono a Sr. Virgin Guier etc en Stgo.*

DISTRIBUCION DE CORRESPONDENCIA

*Procedencia recibida el 5/1/2012
- Se...
- 20/02/2012 Com...*

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
Luzmar
S. P. U. A.*

OBSERVACIONES:

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



*Con en la
Lu...
1 xue...
A...
xue...*

RECIBIDO
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

03 ENE 2012

13:20 HRS.

ALCALDIA
Ramon Galleguito



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 apoyandolo.

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
A. Llana. (Otilio nois Severa)

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

Si. Alcalde.

Mi ~~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.

¿Mejor si Usted me puede ayudar con una subvención para llevar a mi hija a controles y exámenes, ya que tengo que hacerle 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 me costo mi hija seguramente está en Santiago y se lo tiene que hacer un técnico ya que el teléfono no me quiso ayudar en Santiago.

Nro.: 0001036


MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
 Dirección de Desarrollo Comunal

INFORME SOCIAL

Antecedentes del solicitante

Nombre Completo ABARCA ESPINOZA VIRGINIA GRACIELA
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

Nacionalidad Chile
Sexo: Femenino
Estado civil Casado
Previsión Fonasa B
Profesión u oficio PENSIONADA
Nro. 3041
Ficha Prot. Social 2638173
Fono (recado) 97171368
Puntaje: 6999

Antecedente habitacional 1. Propietario

Condiciones de saneamiento y confort		Nro. de Integrantes :		Ingreso per - Capita :		Total de ingresos \$	
<input checked="" type="checkbox"/> Agua potable	<input checked="" type="checkbox"/> Energía eléctrica	3	3	138.333	415.000		
<input checked="" type="checkbox"/> Alcantarillado	<input checked="" type="checkbox"/> Escalaridad						
Antecedentes del grupo familiar	Actividad u Oficio	Ingresos	Previsión				
Nombre Completo ABARCA ESPINOZA VIRGINIA GRACIE JAIME SALINAS HERRERA JOHANA VALESKA SALINAS ABARCA	Fecha Nacim 14/08/1957 20/11/1952 10/07/1987	Preparatoria - sistema Educación media cienti Eduación básica	90.000 250.000 75.000	Fonasa B Fonasa B Fonasa A			

Asunto

Solicita, subvención económica de 275.000 que permita cubrir 3 pasajes aéreos Iquique- 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.	0001036	R.U.N.	8093189-1		
NOMBRE BENEFICIARIO :	ABARCA	ESPINOZA	VIRGINIA GRACIELA		
CALLE	PSJE. 32 MIRADOR DEL PACIFICO		3041		
NRO. F.P.S.	2638173	PUNTOS	6999		
INGRESOS	415.000	PERCAPITA	138.333	INTEGRANTES	3

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
TOTAL BENEFICIOS \$			800.000	

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

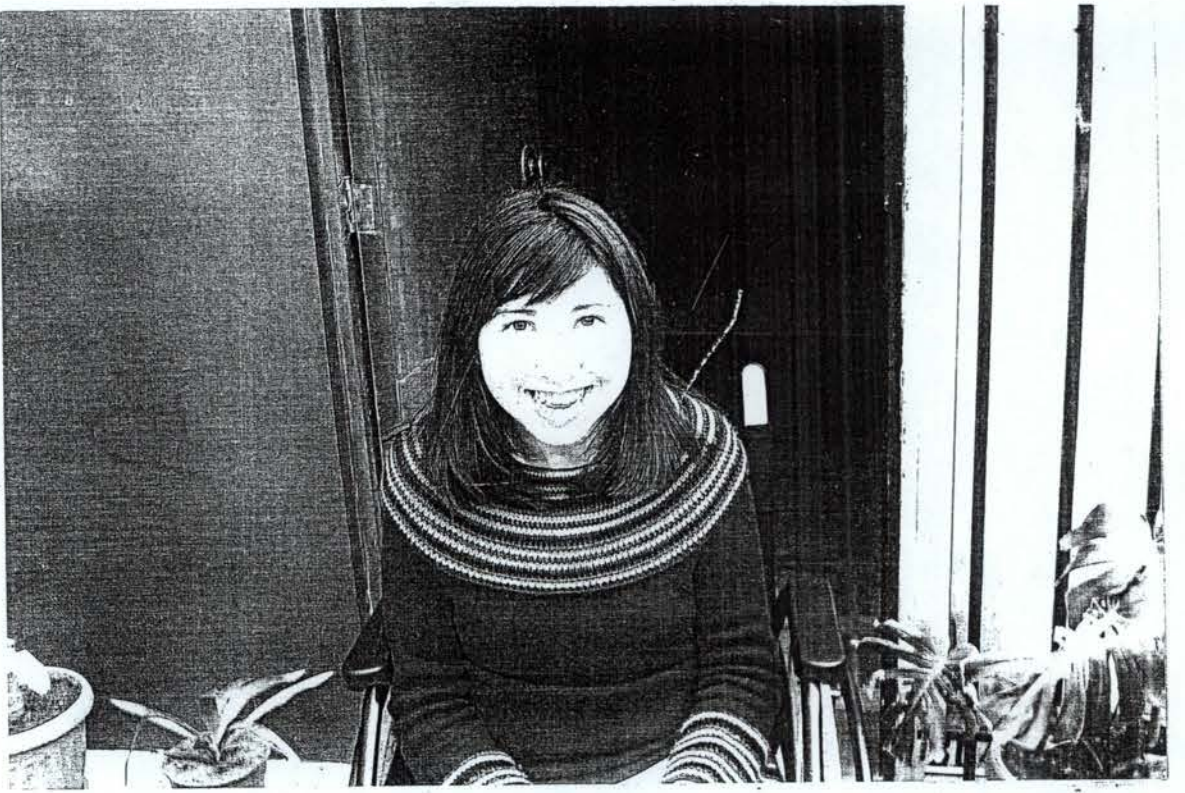
1 Tenencia de la Vivienda DISTRIBUCION DE AGUA EN LA VIVIENDA Numero de personas (residentes permanentes) no incluidas en la ficha que utilizan los mismos dormitorios

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

GESTIÓN DE LA FICHA

Codigo Encuestador(a) <input type="text" value="105"/>	Codigo Supervisor(a) <input type="text"/>	Codigo Revisor(a) <input type="text"/>
FECHA APLICACIÓN FICHA: Día <input type="text" value="28"/> Mes <input type="text" value="02"/> Año <input type="text" value="2008"/>	FECHA SUPERVISIÓN COMUNAL: Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	FECHA REVISIÓN COMUNAL: Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
FIRMA ENCUESTADOR(A)	FIRMA SUPERVISOR(A)	FIRMA REVISOR(A)

ULTIMA FECHA ACTUALIZACION:



PREVISION _____
 NOMBRE Bethany
 PROCEDENCIA San Salvador
 DIAGNOSTICO _____

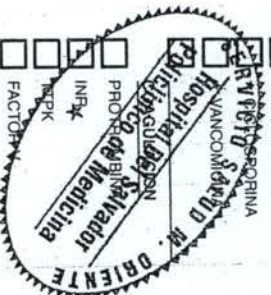
POLICLINICO
 HOSPITALIZADO

CTA. CTE

Residencia San Salvador
 EDAD _____

EXAMENES LABORATORIO

BIOQUIMICA		HEMATOLOGIA		HORMONAS, OTROS	
<input type="checkbox"/> UREMIA	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> H. TIROESTIMULANTE (TSH)			
<input type="checkbox"/> NITROGENO UREICO	<input type="checkbox"/> VHS	<input checked="" type="checkbox"/> TIROXINA LIBRE (T4L)			
<input checked="" type="checkbox"/> GLUCEMIA	<input type="checkbox"/> RCTO. LEUCOCITOS	<input type="checkbox"/> * T3 (solo endocrino)			
<input type="checkbox"/> BILIRUBINA DIRECTA	<input type="checkbox"/> RCTO. G. ROJOS	<input type="checkbox"/> * Sub unidad B GCH			
<input type="checkbox"/> BILIRUBINA TOTAL	<input type="checkbox"/> RCTO. PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> * ANT. PROST-ESPECIF. (PSA)			
<input type="checkbox"/> FOSFATASA ALCALINA	<input type="checkbox"/> HEMATOCRITO	<input type="checkbox"/> * B2 MICROGLOBULINA			
<input type="checkbox"/> GPT (ALAT)	<input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA	<input type="checkbox"/> * FERRITINA			
<input type="checkbox"/> GOT (ASAT)	<input type="checkbox"/> RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/> FERREMIA			
<input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> SERVICIO SANGRE	<input type="checkbox"/> TRANSFERRINA			
<input type="checkbox"/> PROTEINA TOTAL	<input type="checkbox"/> VANCOMICINA	<input type="checkbox"/> % SATURACION			
<input type="checkbox"/> ALBUMINA	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE	<input type="checkbox"/> * Alta leic proteina			
<input type="checkbox"/> CALCIO	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE	ORINA			
<input type="checkbox"/> FOSFORO	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> SEDIMENTO URINARIO			
<input type="checkbox"/> CREATININA	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE	<input type="checkbox"/> ORINA COMPLETA			
<input type="checkbox"/> URICEMIA	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE	<input type="checkbox"/> PROTEINA CUANTITATIVA			
<input checked="" type="checkbox"/> COLESTEROL	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE	<input type="checkbox"/> ELECTROLITOS URINARIOS			
<input checked="" type="checkbox"/> COLESTEROL HDL - LDL	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE	<input type="checkbox"/> ESTADIOS. OCO. DE CALCULOS			
<input type="checkbox"/> TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE	<input type="checkbox"/> MICROALBUMINURIA			
<input type="checkbox"/> ELECTROLITOS PLASMATICOS	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE				
<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE				
<input type="checkbox"/> CK-MB *	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE				
<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE				
<input type="checkbox"/> CLEARANCE DE CREAT.	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE				
<input type="checkbox"/> PTGO. (GLUCEMIA POST CARGA)	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE				
<input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA A1 C	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE				
<input type="checkbox"/> LACTATO	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE				
<input type="checkbox"/> MAGNESIO	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> * SOLO PROTOPOLO	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE				
	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO M. ORIENTE				



DR. JAIME AGUIRRE B.
 C.I. 5.943.484-5
 I.C.M. 8922-2

Fecha: 20/12/2018 por Médico: _____
 Firma: _____ FRR-0199

*TRA a Salud HerA. Para Exámenes
 y Medicas. Endocrinologo*

F. 28103



SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACION

FOLIO N°

FECHA SOLICITUD: Día Mes Año
21 09 2011

HORA

Debe ser llenado en Admisión

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

DATOS DEL(DE LA) PACIENTE

5. Nombre: José Alberto Ybarra
 Apellido paterno: José Alberto Apellido Materno: Ybarra Nombres: Ybarra
 6. Historia Clínica

7. RUT: 16592918-7
 8. Si es recién nacido, RUT de padre o madre beneficiario

9. Sexo: Masculino Femenino
 10. Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Hora
 11. Edad: Años Meses Horas

12. Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localidad)

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: Medicina Física + Kinesioterapia Apto. de / lenguaje
 18. Especialidad

19. Se envía a consulta para: Confirmación Diagnóstica Seguimiento Realizar Tratamiento Otro
 Especificar: ① video del pedul x3 ald'e
② calcio 1,2 g/da
③ platelinas fibrotica 5/da

20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: (anote con letra legible y sin siglas)
A: Osteoporosis
Osteoartritis de rodilla y
EPIL - Sleep med. Reye
cuadras
Cebras
depr + base de u + D.

21. ¿Sospecha problema de salud AUGE? NO SI
 Especificar Problema: Cebras

22. Subgrupo o subproblema de salud AUGE (si corresponde)

23. Fundamentos del diagnóstico:
- Exámenes
- 7 fase endocrinas

24. Exámenes realizados:
A la ordenada, proponer platelinas
u calcio x5 da en exhor steve
Ca fisiolite
no usen bon físicos

DATOS DEL(DEL) PROFESIONAL

Para ser llenado en Admisión, excepto la firma

25. Nombre: Gloria Fleck
 Apellido paterno: Gloria Apellido Materno: Fleck Nombres: Fleck

26. RUT: 6110901-9 Firma Profesional: [Firma]



FFR-0092



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/cm². 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/cm². 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*

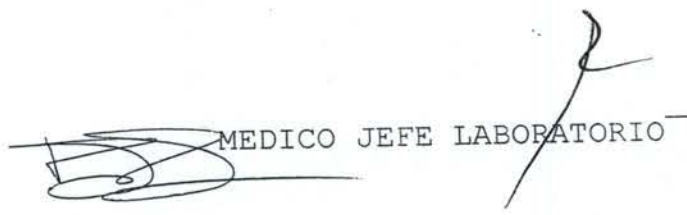
VALORES DE REFERENCIAS:

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

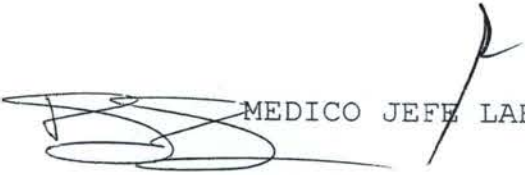
HORMONA

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 Yohana Salinas 6. Historia Clínica 16792518-8

Apellido paterno Apellido Materno Nombres

7. RUT. - 8. Si es recién nacido, RUT de padre o madre beneficiario -

9. Sexo: Masculino Femenino 10. Fecha de Nacimiento Día Mes Año Hora 11. Edad 24 Años Meses 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: H. Salvador 18. Especialidad reumatología

19. Se envía a consulta para: Confirmación Diagnóstica Seguimiento Realizar Tratamiento Otro Especificar reumatología

20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: (anote con letra legible y sin siglas)

Derivada a estudio desde Ispire x hipotiroideo pero además osteoporosis.
Se maneja con med desde los 20. (Secuela Bje).

21. ¿Sospecha problema de salud AUGE? NO SI Especificar Problema _____

22. Subgrupo o subproblema de salud AUGE (si corresponde) _____

23. Fundamentos del diagnóstico _____

24. Exámenes realizados evaluación

Para ser llenado en Admisión, excepto la firma

DATOS DEL(LA) PROFESIONAL

25. Nombre Ortiz Apellido paterno Apellido Materno Nombres

26. RUT. 5546214-8 Firma Profesional Ortiz



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		

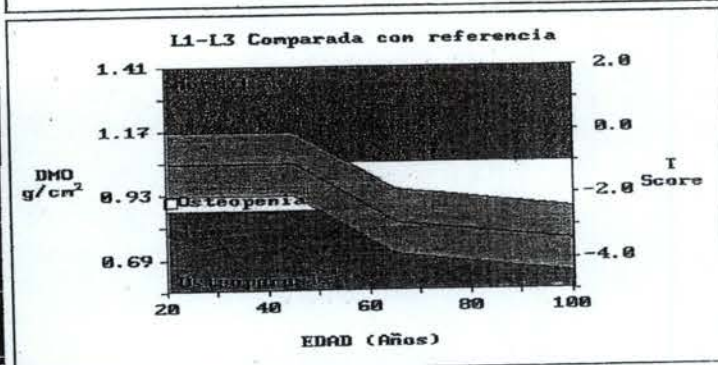
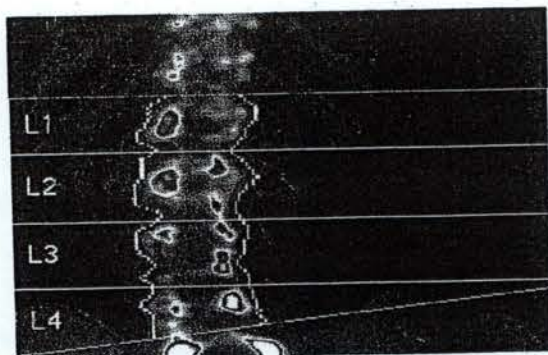
INDICACIONES AL ALTA

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



L1-L3 DMO (g/cm²)¹ 0.905 ± 0.01
 L1-L3 T-Score² -2.21 ± 0.1
 L1-L3 Z-Score³ -1.17 ± 0.1

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	Intensidad (µA).....	750
Sistema.....	8098	Valor R (% grasa)...	1.361(15.3)		

Zona	DMO ¹ g/cm ²	Adulto Joven ² % Score-T	Similar Edad ³ % 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 ⁴	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

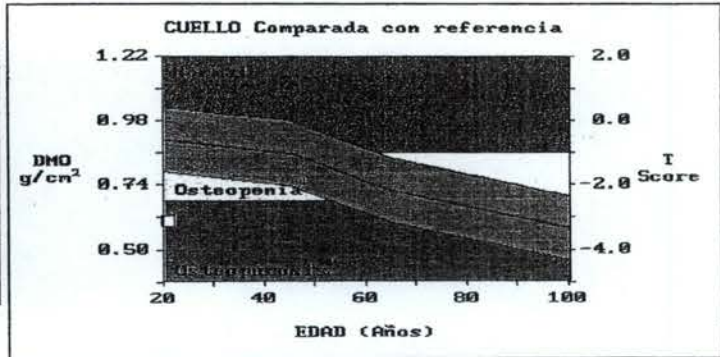
- 1 - Consulte apéndice sobre precisión y exactitud. Estadísticamente un 68% de las exploraciones repetidas estarán dentro de 1 DE. (±0.01 g/cm²)
- 2 - Población estadounidense de referencia de la columna AP, adulta joven 20-45. Consulte apéndices.
- 3 - Comparado con edad, peso (25-100kg) y étnia.
- 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/cm²)¹ 0.606 ± 0.014
 CUELLO T-Score² -3.12 ± 0.1
 CUELLO Z-Score³ -2.49 ± 0.1
 CUELLO sDMO (mg/cm²)⁷ 546 ± 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 ¹ g/cm ²	Adulto Joven ² % Score-T	Similar Edad ³ % Score-Z
CUELLO ⁴	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/cm²)
- 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/cm². 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	6. Historia Clínica	
	<u>Sulmon</u> Apellido paterno	<u>Abarran</u> Apellido Materno	<u>Yohana</u> 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	11. Edad <input checked="" type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Dias <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 →
20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: (anote con letra legible y sin siglas)		
<u>- Epilepsia Zaria</u>		
<u>- Síndrome de St. Jeor</u>		
21. ¿Sospecha problema de salud AUGE? Especificar Problema	22. Subgrupo o subproblema de salud AUGE (si corresponde)	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
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> Apellido paterno	<u>Cox</u> Apellido Materno	<u>José</u> 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 μ 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 Hall Salvador 3. Especialidad Neurología 4. Unidad

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

17. Se deriva para atención en: Establecimiento: Hall Salvador 18. Especialidad Cuad. Ología 19. Se envía a consulta para: Confirmación Diagnóstica, Realizar Tratamiento, Seguimiento, Otro, Especificar 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

25. Nombre Guadaes 26. RUT 9320574-9 Firma Profesional Guadaes

DATOS DEL(DE LA) PACIENTE

DATOS CLINICOS

DATOS DEL(LA) PROFESIONAL

Hospital del Salvador
Fonolítico
Fono de...



0258632

NOMBRE: Yohana Salas Aparicio CTA. CTE.: 16.592.9187

RUT: _____ PREVISION: _____

Nº FICHA: _____

SERVICIO: _____ SALA: _____ CAMA: 9

Rp. _____ FFR-0286

MEDICAMENTO	VIA ADM.	DOISIS	Nº DIAS SOLIC.	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD ENTREGADA
VIT DE 800 UI					
3 el dia					
0 hora 2 vit de 800 ui					
+ 1 celinox D3 por 7 da					
Paracetamol					

DIAGNOSTICO: Dibipreve
 NOMBRE DEL MEDICO: Braun CODIGO: AETS
 FECHA: 11-11-2011 FIRMA DEL MEDICO



ATA

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

NOMBRE: Yohana Salas CT

RUT: _____ PREVISION: _____

Nº FICHA: _____

SERVICIO: _____ SALA: JR CAMA: 9

Rp. _____ FFR-0273

MEDICAMENTO	VIA ADM.	DOISIS	Nº DIAS SOLIC.	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD ENTREGADA
Calciovit D		1 comp 1 dia			
Calciumo 2000		984 u			
Lansoxolone 500 mg		1 dia			
x 30 dia					

DIAGNOSTICO: Epilepsia Postoperaria
 NOMBRE DEL MEDICO: Walter Caceres CODIGO: BM131
 FECHA: 13/7/11 RUT: 15897571-9 FIRMA DEL MEDICO

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.



Gobierno de Chile

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) [Signature]
Strardo L
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	uUI/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 CL."
MEDICINA

FORMULARIO DE TRASLADO N. URGENTE
FAX N. _____
FICHA CLINICA N. 22250


IDENTIFICACION DEL PACIENTE: Alvaro Abuce EDAD: 70 años
DOMICILIO DEL PACIENTE: La Huanca
SERVICIO DE ORIGEN: _____ FECHA: _____ HORA: _____
ENVIADO AL HOSPITAL DE: Hospital Suwoben SERVICIO: Neurología

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

RESUMEN CUADRO ACTUAL: punto de tratamiento en Hoyo el
Antal colvo Moxone a la esbel y años. en Hoyo
Lee Boyhirs 150 a 1m Muxel. + Coleo Pre
500 us Enferm x D3. apte 2 años. 2 esline
de Dumbuente ore. 14/02/2011 = Orl perme
Orto Supo: B. J. us/ff
Colonne. obsequial Es sin sup
Hijacrobis Semulor e. spinis
nota = Epico Moxone utulo bodin 70 x 1 us
+ calcio 1x che 500 us. alante 3 pias Muxel
me Supre epum Hoxobis Salumo con
us/ff = 7" nute 11 us
Hoxobis 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 _____	ACOMPANANTE: <u>(SI)</u> NO: _____
MEDICO _____ ENFERMERA _____ AUXILIAR _____ FAMILIAR _____	PACIENTE O FAMILIAR QUE AUTORIZA EL TRASLADO: NOMBRE: _____ RUT: _____ PARENTESCO: _____ FECHA: _____
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE AUTORIZA EL TRASLADO: 	AUTORIZA 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

Sanctiago, 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 PLASMÁTICA que no debe ser mayor a 03 meses.
- El paciente no debe estar con síntomas de resfriado, 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

FORMULARIO SOLICITUD RESONANCIA MAGNETICA
SERVICIO DE NEURORRADIOLOGIA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA

INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA ASENJO
(SE RUEGA ESORIBIR A MAQUINA O LETRA IMPRENTA)

09-7171361

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 INDICAR 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. Arlt

FONO CONTACTO MEDICO TRATANTE: 85467544

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

FIRMA MEDICO TRATANTE _____

FIRMA Y TIMBRE JEFE SERVICIO _____

Fecha 11/1/12



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				
Total pasaje	045-2151439468	CLP 92.488				
Total pagado		CLP 92.488				

(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

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
Total pasaje	045-2151439469	CLP 92.488
Total pagado		CLP 92.488

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

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

Travis P

(V)

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.

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

03-02-2012

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 | +56 2 390 60 98
Síguenos   - viajesfalabella.com

