

Servicio de Salud: Aconcagua
Nombre del establecimiento: CESFAM José Joaquín Aguirre
Comuna: Calle Larga
Código DEIS del establecimiento: 108-308
Teléfono de Contacto: 34-2492576

FORMULARIO DE GESTIÓN DE MAMOGRAFÍA

1- IDENTIFICACIÓN DE EL O LA USUARIO

								-	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

RUN

--	--	--	--	--	--

Fecha de nacimiento

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Domicilio: _____ Comuna: _____ Región: _____

Teléfono de contacto: _____

Email: _____

2- ESTABLECIMIENTO DE DESTINO

Unidad _____ Ambulatoria _____ Especialidad: _____

Cerrada: _____

Ambulatoria: _____

Compra de extrasistema

SI ☐

NO ☐

3- SE DERIVA PARA:

Confirmación Diagnóstica

☐

Realizar Tratamiento

☐

Seguimiento Otro

☐

Hipótesis Diagnóstica: _____

Mecanismo de notificación: _____

Correo Electrónico

Carta Certificada

Teléfono

Datos del Profesional

Nombre Completo

Profesión

RUN

Firma