

Servicio de Salud: Aconcagua
Nombre del establecimiento: POSTA Salud Rural San Vicente
Comuna: Calle Larga
Código DEIS del establecimiento: 108-405
Teléfono de Contacto: 34-2492615

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