

FORMULARIO DE REGISTRO DE SOLICITUD CIUDADANA

Transparencia Activa(Ley 20285)

17/08/2009 16:03:29

FOLIO TA19

IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION RECEPTORA

SERVICIO DE SALUD	Servicio Salud Metropolitano Sur Oriente	ESTABLECIMIENTO	Servicio Salud Sur Oriente
-------------------	--	-----------------	----------------------------

IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

RUT	15.642.617-2	NOMBRES Y APELLIDOS/RAZON SOCIAL	
FONO	02-6382629	EMAIL	juanpa.figueroa@ciperchile.cl
SEXO	Masculino	FECHA NACIMIENTO	08/06/1984 0:00:00
DIRECCION COMPLEMTA	José Miguel de la Barra 412, tercer piso. Santiago		

IDENTIFICACION DEL APODERADO

NOMBRES Y APELLIDOS/RAZON SOCIAL	
----------------------------------	--

MODALIDAD EN QUE DESEA NOTIFICADO

Correo Electrónico

DETALLE DE LA SOLICITUD

<p>Atravésdelapresentesolicituddeaccesoainformaciónpública,solicitocopiadelossiguientesdocu- mentosyantecedentesreferidosalHospitalSóterodelRío,dependientedelServiciodeSaludMetropolita- noSurOriente:</p> <ul style="list-style-type: none">-Registrocompletodecontroldeasistenciademédicosdurante2009.- ListadeesperaactualizadadelHospitalSóterodelRío.Dichainformaciónsepidedetalladasegúnese- pecialidadmédica.Eldetallequesesolicitaeselnúmerodepersonasqueseencuentranenlistadeespera, díasdeesperayespecialidadparalacualesperan.- Registrodederivacionesdesdecentrosasistencialesdurante2009.Lainformaciónsesolicitadisgreg- adaporcentrosasistencialesdesdeelcuálserealizaronlasderivacionesyespecialidadmédicaalacualfue rnderivadas.- Registrosdereclamosdesdeelaño2005alafecha.Dichainformaciónsesolicitadisgregadaporañoyp- ormateriadelreclamo.-Númerodeintervencionesquirúrgicas(mayoresymenores) porespecialidadesdesdeelaño2005alafecha.Lainformaciónsepidedisgregadaporañoypodeinterve- nición(porespecialidadmédica).
--

Firma de Solicitante _____