



DECRETO ALCALDICIO N° 2821
AUTORIZA APORTE ASISTENCIAL QUE INDICA
REQUINOA,

28 ENE 2026

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:

VISTOS :

Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades. Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. N° 1 del Ministerio del Interior, de 2.006.

Lo dispuesto en la ley N° 19.880, sobre procedimientos administrativos.

CONSIDERANDO :

El Memo N° 133 de fecha 28.01.2026 emanado de la Dirección de Desarrollo Comunitario, mediante el cual informa situación de salud y económica que afecta a Gonzalo Leónidas Menares Catrileo, Ru [REDACTED], domiciliado en [REDACTED], comuna de Requinoa, para quien se solicita aporte asistencial de \$ 197.000.- para costear examen PET-CT.

Que el Municipio proporciona ayuda a las personas o familias que presentan estado de indigencia o necesidad manifiesta, de acuerdo a Informe Social N° 26 de fecha 27.01.2026.

El Decreto Alcaldicio N° 1525 de fecha 01.07.2020 que modifica Reglamento de Procedimiento, Entrega de Ayudas y Aportes Programa Asistencialidad (Reglamento de Asistencialidad).

El Decreto Alcaldicio N° 199 de fecha 17.01.2020 que aprueba Reglamento de Procedimiento, Entrega de Ayudas y Aportes Programa Asistencialidad (Reglamento de Asistencialidad).

El Decreto Alcaldicio N° 3337 de fecha 15.12.2025 que aprueba Presupuesto Municipal año 2026.

DECRETO :

AUTORIZASE aporte asistencial a nombre de Leónidas Menares Catrileo, Rut 5.626.951-7.

GIRESE un monto total de \$ 197.000.- a nombre de nombre de Gonzalo Leónidas Menares Catrileo, [REDACTED] y depositado en la cuenta Rut N° [REDACTED] **anco Estado.**

IMPUTESE el gasto a la cuenta N° 215.24.01.007.009.000 "Asistencia Social a Personas Naturales", del ítem "Otras Ayudas" Presupuesto Municipal Vigente.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



LEYLA GONZALEZ ESPINOZA
SECRETARIO MUNICIPAL



CARLOS ARRIAGADA BLANCO
ALCALDE (S)

CAB/LGE/TPD/KPM/kpm
DISTRIBUCION
Secretaría Municipal (1)
Dirección Des. Comunitario (1)
Dirección Adm. y Finanzas (1)
Archivo.- (1)



FOLIO	504
FECHA	28/10/20
HORA	9:55

	FECHA	HORA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL		
SECRETARIA MUNICIPAL		
SECPLA		
X DIDECO		
ADMINISTRACION Y FINANZAS		
DEPTO. PERSONAL		
DIRECCIÓN DE OBRAS		
DEPARTAMENTO DE TRÁNSITO		
RENTAS		
COMUNICACIONES		
CULTURA		
CONTROL		
JURÍDICO		
JUZGADO DE POLICIA LOCAL		
DAEM		
DEPTO. DE SALUD		
CONCEJO		
MEDIO AMBIENTE		
AUDITORIA INTERNA Y TRANSPARENCIA		
SECRETARIA ALCALDÍA		
O.I.R.S.		
SEGURIDAD PUBLICA		
JEFE DE GABINETE		

Administrador Municipal
FECHA

Alcalde
FECHA
HORA

[Handwritten signature]
28/10/20

MEMO: N° 133

MAT. : Solicita Aporte Asistencial

REQUINOA, 28.01.2026

**DE : SRA. TAMARA POBLETE DINAMARCA
DIDECO (S)**

**A : SR. CARLOS ARRIAGADA BLANCO
ALCALDE (S)**

1.- Tengo a bien informar a Ud. sobre situación socioeconómica, que afecta a Gonzalo Leónidas Menares Catrileo, Rut 5.626.951-7, domiciliado en Camino Las Cabras # 5, comuna de Requinoa.

2.- Teniendo en cuenta la situación de salud y económica de referido, se solicita respetuosamente autorizar un aporte asistencial de \$197.000.- pesos, esto para costear examen PET-CT. El aporte debe salir a nombre de Gonzalo Leónidas Menares Catrileo, Rut [REDACTED] y depositado en la cuenta Rut N° [REDACTED] Banco Estado, e imputado en la cuenta N° 215.24.01.007.009.000 "Asistencia Social a Personas Naturales" ítem otras ayudas"

3.- Se adjunta Informe Social N° 26, presupuestos y otros antecedentes.

Saluda atentamente a Ud.,




**TAMARA POBLETE DINAMARCA
DIDECO (S)**

TPD/~~MM~~/kpm
DISTRIBUCION:

- Sr. Alcalde
- Programa Asistencial
- Archivo DIDECO.



CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

N° 185 / AÑO 2026

Requinoa, 26 de Enero 2026

Mediante el presente, certifico que la I. Municipalidad de Requinoa cuenta con el presupuesto vigente aprobado por el Concejo Municipal en sesión ordinaria N°38 de fecha 11 de Diciembre del 2025 según consta en certificado N° 208 y Decreto Alcaldicio N° 3337 del 15 de Diciembre del 2025; para el financiamiento de los bienes y/o servicios indicados en el Presupuesto Municipal año 2026.


ÁREA GESTIÓN	PROGRAMAS SOCIALES
PROGRAMA	ASISTENCIALIDAD
CÓDIGO CUENTA	215-24-01-007-009-001
DESCRIPCIÓN	OTRAS AYUDAS
PRESUPUESTO VIGENTE 2026	\$ 98.400.000.-
OBLIGACIÓN	\$ 33.580.000.-
SALDO PRESUPUESTARIO	\$ 64.820.000.-

MONTO SOLICITADO	\$ 197.000.-
NUEVO SALDO PRESUPUESTARIO	\$ 64.623.000.-

Se extiende el presente certificado a solicitud de DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO, para la entrega de apoyo económico a favor Gonzalo Menares Catrileo para costear exámenes médicos.-

El presente certificado tiene una validez de 2 meses desde su fecha de emisión.

Este certificado no acredita flujo de caja.


FRANCO ILLESCA CASTRO
DIRECTOR SECPLA (S)



27 /01/2026

Informe Social N° 26

Lourdes Gana Román, Asistente Social de la I. Municipalidad de Requínoa tiene a bien informar situación socioeconómica a fin de solicitar aporte para realización de examen:

Identificación del referido (a)

Nombre	Gonzalo Leonidas Menares Catrileo		
Cédula de Identidad	[REDACTED]		
Fecha Nacimiento	05/03/1946	Edad	79 años
Actividad	Jubilado	Ingresos	\$250.000.-
Domicilio	[REDACTED]	Teléfono	9 93411165

Integrantes

Nombre	Rut	Parentesco	Ocupación	Ingresos
-----	-----	-----	-----	-----

Antecedentes Habitacionales:

Situación Vivienda	Propia <input type="checkbox"/>	Arrendada <input type="checkbox"/>	N° de Habitaciones	<input type="checkbox"/>			
	Cedida <input checked="" type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		N° Dormitorios	<input type="checkbox"/>		
	Sucesión <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Material de Construcción	Mixto <input type="checkbox"/>	Hacinamiento	Sí <input type="checkbox"/>				
	Sólido <input type="checkbox"/>		No <input checked="" type="checkbox"/>				
	Ligero <input checked="" type="checkbox"/>						
Sistema de Eliminación de Excretas	Alcantarillado <input type="checkbox"/>	Agua Potable	Luz Eléctrica	Estado de Conservación			
	Pozo Negro <input type="checkbox"/>				Sí <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	Buena <input type="checkbox"/>
	Fosa Séptica <input checked="" type="checkbox"/>				No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
	Otro <input type="checkbox"/>						Regular <input checked="" type="checkbox"/>

D I F E C I C M D E S A F F C L L C C M U N I T A F I

Situación social

Referido correspondiente al grupo familiar de tipología unipersonal, se encuentra en ciclo vital de vejez. Actualmente residen en camino Las Cabras N°5 de la comuna de Requínoa.

Don Gonzalo se encuentra viviendo solo en terreno cedido por su cuñado hace aproximadamente 28 años..

Referido se encuentra separado hace más de 45 años. De dicha relación nacieron tres hijos: un hijo y dos hijas. La principal red de apoyo del referido corresponde es de su hijo y su yerna, quienes colaboran en su cuidado personal y en el acompañamiento a controles y atenciones médicas. El referido no cuenta con el apoyo económico y emocional de sus otras hijas.

En el ámbito socioeconómico, los ingresos del referido provienen principalmente de la Pensión Universal Garantizada, siendo su única fuente de sustento económico.

Dichos ingresos son destinados principalmente a cubrir gastos de alimentación, servicios básicos, salud y otras necesidades esenciales, no disponiendo de gastos extras.

El lugar que actualmente reside Don Gonzalo es una construcción que corresponde a una pieza, construida con recursos propios y de material ligero, el referido comparte espacios comunes como living, comedor, cocina, baño y servicios básicos de agua potable y luz eléctrica con la vivienda principal perteneciente a su hijo.

En relación con su estado de salud, el referido presenta diagnóstico de hipertensión arterial y cáncer de próstata, diagnosticado hace aproximadamente seis meses.

Inicialmente se atendió de manera particular y en el CESFAM de la comuna, donde se realizaron exámenes de laboratorio con resultados alterados, motivo por el cual fue derivado al Hospital Regional (HRR), donde se confirmó el diagnóstico oncológico.

Actualmente, se encuentra en tratamiento oncológico, habiendo recibido hasta la fecha una sesión de quimioterapia.

Asimismo, se encuentra en proceso de estudio para descartar patologías asociadas a tiroides y diabetes.

Mantiene controles médicos periódicos en el CESFAM de la comuna y en el Hospital Regional (HRR).

Don Gonzalo requiere la realización de un examen de forma urgente, el examen es PET-CT (Tomografía por Emisión de Positrones y Tomografía Computada) es una técnica avanzada que combina la medicina nuclear con la tomografía computarizada para obtener imágenes del cuerpo entero, el cual permite evaluar la posible metástasis del cáncer hacia otros órganos del cuerpo.

Dicho examen estaba programado para ser realizado en el HRR; sin embargo, fue cancelado por falta de insumos, debiendo ser gestionado en modalidad particular.

Don Gonzalo solicita apoyo económico para costear su examen PET-CT el cual resulta fundamental para la evaluación y continuidad de su tratamiento oncológico.

No cuenta con los recursos económicos necesarios para solventar dicho procedimiento, considerando que su único ingreso corresponde a la Pensión Garantizada Universal, la cual no le permite cubrir gastos extras en materia de salud.



Resolución a la petición

Se visualiza a través de la entrevista realizada, Don Gonzalo no cuenta con los recursos económicos necesarios para cubrir su examen, ya que solo cuenta con ingresos de pensión garantizada universal (PGU) dichos ingresos son utilizados para cubrir gastos básicos y no para solventar gastos médicos extras.
Por lo anterior es de suma importancia realizar dicho aporte de \$197.000.- Para que pueda costear parte de su examen, permite evaluar la posible metástasis del cáncer hacia otros órganos del cuerpo y así poder definir y continuar con su tratamiento oncológico.



Lourdes J.
Lourdes Gana Román
Asistente Social
Municipalidad de Requínoa

Rancagua 21 Enero del 2026

SEÑORES

PRESENTE:

MUNICIPALIDAD

COTIZACIÓN

Junto con saludarle informo que la paciente **GONZALO MENARES CATRILEORUT 5.626.951-7**, necesita realizar exámenes de **PET-CT** el cual se realiza en **san lorenzo**..

La realización de dicho examen conlleva todo lo mencionado a continuación:

EXAMEN	PARTICULAR	FONASA *
PET-CT	\$1306250	\$395520

**SOC. IMAGENOLÓGIA
NUEVA SAN LORENZO S.A.
76.281.463-3**

**(*)FONASA NIVEL B, C Y D
FONASA "A" ES VALOR PARTICULAR**

Atentamente,

**Centro Imagenología Nueva San Lorenzo S.A.
76.281.463-3
Astorga N.º 58, Rancagua
www.imagenologiasanlorenzo.cl**

ASTORGA 58 FONOS: 72 2977100 – 72 2977110 RANCAGUA VI REGIÓN
www.imagenologiasanlorenzo.cl

SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACION

FECHA SOLICITUD:

Día Mes Año
09 01 2016

FOLIO N°

HORA:

Para ser llenado en Admisión

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

5. Nombre: MIMI CARRILLO
6. Historia Clínica: 600300
7. RUT: [REDACTED]
8. Si es recién nacido, RUT. de padre o madre beneficiario:
9. Sexo (marca con X): Masculino Femenino
10. Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Hora
11. Edad: 77 Años Meses Horas
12. Domicilio (Calle, número, número Interior, bloque (block), villa, localidad)
13. Comuna de residencia
14. Teléfono
15. Teléfono 2
16. Correo Electrónico

17. Se deriva para atención en: Establecimiento: 18. Especialidad:
19. Se envía a consulta para: Confirmación Diagnóstica Seguimiento Realizar Tratamiento Otro Especificar: medicinas medic. PET-PSMA
20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: (anote con letra legible y sin siglas)
38 años
cóncel de próstata en estadios avanzados
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:
HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA
UNIDAD DE ONCOLOGIA
COMITÉ ONCOLÓGICO

Para ser llenado en Admisión, excepto la firma:
25. Nombre:
26. RUT: [REDACTED]
Apellido paterno: Apellido materno:
Firma profesional: Dr. Plinio Fernández Br...
Rut: 21.531.959-1
Oncólogo Médico
RCM: 25.864-4

CERTIFICADO

SE CERTIFICA QUE EL PACIENTE SR.: Gonzalo Menares Cobalco Rut= [REDACTED]

SE ENCUENTRA EN CONTROL EN POLICLINICO DE LA ESPECIALIDAD DE Oncología

PRESENTANDOSE CON FECHA 7/1/2026

Paciente c/ diagnóstico de Prostata que requiere examen
PET-PSMA para definir Tratamiento

SE EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO PARA EFECTO DE PAGO DE PASAJES, JUSTIFICACION ESCOLAR, PERMISO LABORAL, ETC.

RANCAGUA, 26/01/2026

Imp. ZERO (72)217191 Rga.

HOSPITAL REGIONAL
RANCAGUA
UNIDAD ONCOLOGIA
MEDICA

HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA
UNIDAD DE ONCOLOGIA
COMITÉ ONCOLÓGICO
FIRMA MEDICO TRATANTE



FECHA RECEPCIÓN	D	D	M	M	A	A
HORA RECEPCIÓN	: Hrs.					
FECHA ATENCIÓN	D	D	M	M	A	A
FOLIO N°						

SOLICITUD DE EXAMEN LABORATORIO CLINICO

RUTINA

URGENCIA

1) IDENTIFICACION DEL PACIENTE

RUT [

FICHA CLINICA

CUENTA CORRIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Meneses	Camaleo	Gonzalo

EDAD: 76 GENERO: F M FECHA DE NACIMIENTO

D	D	M	M	A	A

FONO

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

2) PROCEDENCIA*

SERVICIO: Neurologia SALA: _____

PREVISIÓN

FONASA	ISAPRE	OTRO

3) DIAGNOSTICO CA de Intestino TRATAMIENTO _____

TIPO DE MUESTRA*

BIOQUIMICA

- 1200 Acido Urico
- 7450 Adenosindeaminasa
- 1370 Albumina
- 1470 Acido Láctico
- 1460 Amilasa
- 2040 Amonio
- 1260 Bilirrubin total
- 17 Bilirrubina total y conj.
- 1400 Calcio
- 1210 Colesterol
- 1190 Creatinina
- 1340 Creatinquinasa CK-MB
- 1330 Cretinquinasa CK-total
- 10 Electrolitos plasmaticos
- 1290 Fosfatasa alcalinas totales
- 1410 Fosforo (fosfatos)
- 1320 Gamma glutamiltranspeptidasa
- 11 Gases Arteriales FIO2 _____
- 43 Gases Venosos FIO2 _____
- 1010 Glicemia Basal
- 1050 Glucosa Post Carga
- 1150 Hemoglobina Glicosilada
- 1420 Magnesio
- 1170 Nitrógeno Ureico
- 1 Perfil Bioquimico
- 3 Perfil Hepático
- 4 Perfil Lipido
- 1360 Proteinas totales o albúminas
- 1300 Transaminasa Oxalacetica (GOT)
- 1310 Transaminasa Piruvica (GPT)
- 1240 Trigliceridos

HEMATOLOGÍA

- 3115 Hematocrito
- 21 Hemograma
- 20 Perfil Hematológico
- 6010 Protrombina
- 6040 Tromboplastina Parcial

HORMONAS

- 5001 Cortisol AM
- 5002 Cortisol PM
- 5060 Estradiol
- 5090 Gonadotropina corionica, sub-unidad beta
- 5040 Hormona foliculo estimulante (FSH)
- 5050 Hormona luteinizante (LH)
- 1060 Insulina
- 1090 Insulina Post Carga
- 5080 Prolactina (PRL)
- 5010 Tiroestimulante (TSH)
- 5030 Tiroxina Libre (T4L)
- 5025 Tiroxina (T4)
- 5020 Triyodotironina (T3)

INMUNOLOGÍA

- 9070 Alfa fetoproteinas
- 5170 Antígeno próstático específico
- 1490 Factor reumatoideo
- 9450 IGE Total
- 9030 PSA Libre
- 1480 Proteína C reactiva

ORINA

- 16 Electrolitos
- 4220 Glucosa Aislada
- 1710 Microalbuminuria cuantitativa
- 30 Orina completa
- 31 Orina sedimento
- 4260 Proteinuria 24 Hrs.

LIQUIDOS BIOLÓGICOS

- Citológico c/s tinción
- Fisico Quimico
- 9610 Test del Sudor

SEROLOGÍA

- 5510 VDRL
- 9290 Virus Hepatitis B
- 9291 Virus Hepatitis C
- 5660 Virus VIH

Otros: (cualquier área, excepto TBC)

MICROBIOLOGÍA

Tipo de Muestra*

Tratamiento Antibiótico*

- 9995 Bordetella Pertussis
- Coprocultivo
- Cultivo Corriente
- Cultivo Levaduras

SI NO

- Hemocultivo aerobio
- Leucocitos
- Mycoplasma y Ureaplasma
- Neisseria gonorrhoea (Gonococo)

- 7120 Neisseria meningitidis (LCR)
- 7130 Tinta China
- Tinción Gram
- Urocultivo, Rcto Colonias
- 70 Virus Respiratorios

Medico: _____ Rut: _____

DR. RAUL TAGLE ALEGRIA

RUN. 12.928.181-2

(*) Campo obligatorio

Emplee solo una solicitud por PACIENTE, independiente del tipo/número de muestras o analitos

Use esta solicitud solamente

FECHA DE SOLICITUD

D	D	M	M	A	A
2	6	1	2	2	J



FECHA RECEPCION	D	D	M	M	A	A
HORA RECEPCION	: : Hrs.					
FECHA ATENCION	D	D	M	M	A	A
FOLIO N°						

SOLICITUD DE EXAMEN LABORATORIO CLINICO

RUTINA

URGENCIA

1) IDENTIFICACION DEL PACIENTE*

RUT []

FICHA CLINICA				CUENTA CORRIENTE			

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
MENARDES	CIATY ILIEO	BOUZALLO

EDAD _____ GENERO F M FECHA DE NACIMIENTO

D	D	M	M	A	A

 FONONO

2) PROCEDENCIA*

SERVICIO: Oncología SALA: _____

PREVISION		
FONASA	ISAPRE	OTRO

3) DIAGNOSTICO

BIOQUIMICA	TRATAMIENTO	HEMATOLOGIA	TIPO DE MUESTRA*
1200 <input type="checkbox"/> Acido Úrico	3115 <input type="checkbox"/> Hematocrito	16 <input type="checkbox"/> Electrolitos	ORINA 4220 <input type="checkbox"/> Glucosa Aislada 1710 <input type="checkbox"/> Microalbuminuria cuantitativa 30 <input type="checkbox"/> Orina completa 31 <input type="checkbox"/> Orina, sedimento 4260 <input type="checkbox"/> Proteinuria 24 Hrs. LIQUIDOS BIOLÓGICOS Tipo: <input type="checkbox"/> Citológico c/s tinción <input type="checkbox"/> Físico Químico 9610 <input type="checkbox"/> Test del Sudor SEROLOGIA 5510 <input type="checkbox"/> VDRL 9290 <input type="checkbox"/> Virus Hepatitis B 9291 <input type="checkbox"/> Virus Hepatitis C 5660 <input type="checkbox"/> Virus VIH Otros: (cualquier área, excepto TBC): _____ _____ _____
7450 <input type="checkbox"/> Adenosindeaminasa	21 <input type="checkbox"/> Hemograma	20 <input type="checkbox"/> Perfil Hematológico	
1370 <input type="checkbox"/> Albumina	6010 <input type="checkbox"/> Protrombina	6040 <input type="checkbox"/> Tromboplastina Parcial	
1470 <input type="checkbox"/> Acido Láctico	HORMONAS		
1460 <input type="checkbox"/> Amilasa	5001 <input type="checkbox"/> Cortisol AM	5002 <input type="checkbox"/> Cortisol PM	
2040 <input type="checkbox"/> Amonio	5060 <input type="checkbox"/> Estradiol	5090 <input type="checkbox"/> Gonadotropina coriónica, sub-unidad beta	
1260 <input type="checkbox"/> Bilirrubina total	5040 <input type="checkbox"/> Hormona folículo estimulante (FSH)	5050 <input type="checkbox"/> Hormona luteinizante (LH)	
17 <input type="checkbox"/> Bilirrubina total y conj.	1060 <input type="checkbox"/> Insulina	1090 <input type="checkbox"/> Insulina Post Carga	
1400 <input type="checkbox"/> Calcio	5080 <input type="checkbox"/> Prolactina (PRL)	5010 <input type="checkbox"/> Tiroestimulante (TSH)	
1210 <input type="checkbox"/> Colesterol	5030 <input type="checkbox"/> Tiroxina libre (T4L)	5025 <input type="checkbox"/> Tiroxina (T4)	
1190 <input checked="" type="checkbox"/> Creatinina	5020 <input type="checkbox"/> Triiodotironina (T3)	INMUNOLOGIA	
1340 <input type="checkbox"/> Creatinquinasa CK-MB	9070 <input type="checkbox"/> Alfa fetoproteínas	5170 <input checked="" type="checkbox"/> Antígeno prostático específico	
1330 <input type="checkbox"/> Creatinquinasa CK-total	1490 <input type="checkbox"/> Factor reumatoideo	9450 <input type="checkbox"/> IGE Total	
10 <input type="checkbox"/> Electrolitos plasmáticos	9030 <input type="checkbox"/> PSA Libre	1481 <input type="checkbox"/> Proteína C reactiva	
1290 <input type="checkbox"/> Fosfatasa alcalinas totales	MICROBIOLOGIA		
1410 <input type="checkbox"/> Fósforo (fosfatos)	9995 <input type="checkbox"/> Bordetella Pertussis	7120 <input type="checkbox"/> Neisseria meningitidis (LCR)	
1320 <input type="checkbox"/> Gamma glutamiltranspeptidasa	<input type="checkbox"/> Coprocultivo	7130 <input type="checkbox"/> Tinta China	
11 <input type="checkbox"/> Gases Arteriales FIO2	<input type="checkbox"/> Cultivo Corriente	<input type="checkbox"/> Tinción Gram	
43 <input type="checkbox"/> Gases Venosos FIO2	<input type="checkbox"/> Cultivo Levaduras	<input type="checkbox"/> Urocultivo, Fcto Colonias	
1010 <input type="checkbox"/> Glicemia Basal		70 <input type="checkbox"/> Virus Respiratorios	
1050 <input type="checkbox"/> Glucosa Post Carga			
1150 <input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicosilada			
1420 <input type="checkbox"/> Magnesio			
1170 <input type="checkbox"/> Nitrógeno Ureico			
1 <input type="checkbox"/> Perfil Bioquímico			
3 <input type="checkbox"/> Perfil Hepático			
4 <input type="checkbox"/> Perfil Lipídico			
1360 <input type="checkbox"/> Proteínas totales o albúminas			
1300 <input type="checkbox"/> Transaminasa Oxalacetica (GOT)			
1310 <input type="checkbox"/> Transaminasa Piruvica (GPT)			
1240 <input type="checkbox"/> Triglicéridos			

Tratamiento Antibiótico* SI NO

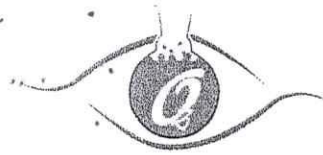
9995 <input type="checkbox"/> Bordetella Pertussis	<input type="checkbox"/> Hemocultivo aerobio	7120 <input type="checkbox"/> Neisseria meningitidis (LCR)
<input type="checkbox"/> Coprocultivo	<input type="checkbox"/> Leucocitos	7130 <input type="checkbox"/> Tinta China
<input type="checkbox"/> Cultivo Corriente	<input type="checkbox"/> Mycoplasma y Ureaplasma	<input type="checkbox"/> Tinción Gram
<input type="checkbox"/> Cultivo Levaduras	<input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoea (Gonococo)	<input type="checkbox"/> Urocultivo, Fcto Colonias
		70 <input type="checkbox"/> Virus Respiratorios

Médico: _____ Rut: _____ Firma y Timbre: **Dra. Celeste Cervelli Alvarez**
Médico Internista
Rut: 25.382.598-7
RCM: 43.829-4

(*) Campo obligatorio
 Empee solo una solicitud por PACIENTE, independiente del tipo/número de muestras o analisis.
 Use esta solicitud solamente

FECHA DE SOLICITUD

D	D	M	M	A	A
1	4	0	1	2	6



Laboratorio Clínico Oscar Zuñiga

Lab. Oscar Zuñiga

Dirección: Arturo Prat #645

Comuna: Rengo

Fonos: 72-2511429 / +56 932212589

Paciente : **GONZALO MENARES CATRILEO**

Rut : [REDACTED]

Ingreso : 09/07/2025 09:17:12

Procedencia : CM. ARAGON

F. Nacimiento : 05/03/1946

Impresión : 10/07/2025 15:47:40

Convenio : (no indicado)

Edad : 79a 4m 0s

Sexo : Masculino

Previsión : FONASA

N° Orden : 19103953

Solicitante : (no indicada)

AG. PROSTATICO: PSA Total

Validación : 09/07/2025 15:03:35

Tecnología : CL900

(Muestra: Suero)

Recepción : 09/07/2025 12:11:05

Fecha Impresión: 10-07-2025 15:47:41 (impresión n° 4)

Toma muestra : 09/07/2025 12:10:02

Analito	Resultado	U. Medida	Valores de Referencia	Histórico	Método
AG. PROSTATICO: PSA Total	*18.61	ng/ml	Hasta 4.0		Quimioluminiscencia

Observación: VALOR CONFIRMADO.-

Examen validado por : Javiera Canales Galaz

Tecnólogo Médico

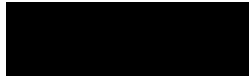
Oscar Zuñiga Serrano

Director Técnico

Este Examen no constituye diagnóstico, debe ser interpretado por su médico tratante.
Este laboratorio mantiene controles de calidad externos adscritos al PEEC del ISP.

FICHA DE PROVEEDORES

RUT



RAZON SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS

Gonzalo Menares Catrileo

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRES Y APELLIDO

Gonzalo Menares Catrileo

NOMBRE DE FANTASIA (SOLO SI EXISTE)

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

CODIGO POSTAL

COMUNA

Requínoa

GIRO

TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR



PERSONA DE CONTACTO

TELEFONO DE CONTACTO

NUMERO DE CUENTA BANCARIA



TIPO DE CUENTA (corriente, vista, rut, etc)

Cuenta Rut

NOMBRE DEL BANCO

Banco Estado

CORREO ELECTRONICO

SITIO WEB

OTROS DATOS