



Actualización servicios Notificación Electrónica de Pacientes (NEP)

Ajuste Normativo

Actualización servicios integrados Notificación Electrónica de Pacientes (NEP)

Por motivo de la Circular número IF-451, de 2023 que instruye a los prestadores de salud sobre la actualización del formulario de constancia de información al paciente GES, imed realizará ajustes a los productos NEP, con tal que los prestadores cumplan con los requerimientos emanados por la entidad fiscalizadora a contar del 1 de marzo 2024.

Revisar circular: <https://bcn.cl/3hof6>

Alcances

Para todos los clientes de nep versión 1, que corresponde a la versión que actualmente notifica a los pacientes a través de la plataforma www.licencia.cl, sea esta en modalidad integrada o directa, los cambios de cara a los prestadores sólo corresponderán a la interfaz del llenado de datos de la notificación, donde el médico podrá informar los ajustes solicitadas en la circular. Estos corresponden a:

- Nuevo campo nombre social del paciente (Opcional)
- Nueva etapa del evento de notificación: “Sospecha”
- Tipo de notificación la cual puede ser presencial, firma con huella.

La interfaz que tendrá las nuevas opciones corresponde a la siguiente:

Ajustes NEP versión 1 – Licencia Médica Electrónica

Formulario ingreso de información

Antecedentes del paciente

El beneficiario está presente

Previsión* RUT*

Nombres* Apellido paterno* Apellido materno*

Nombre Social

Domicilio* Comuna*

Región*

Teléfono fijo Teléfono celular* Correo electrónico*

Datos del prestador

RUT* Nombre*

Apellido paterno* Apellido materno* Institución*

Dirección calle* Número Comuna*

Información médica

Etapa*

Patología*

Representante de paciente

Seleccione si el paciente no es quien recibe la notificación GES. (Opcional)

(*) Campos son obligatorios

Nuevo campo nombre social.
Llenado opcional.

Nueva etapa "sospecha"

Antecedentes del paciente

El beneficiario está presente

Previsión* RUT*

Nombres* Apellido paterno* Apellido materno*

Nombre Social

Domicilio*

Región*

Teléfono fijo

Datos del prestador

RUT*

Apellido paterno*

Dirección calle*

Información médica

Etapas*

Patología*

Representante de paciente

Seleccione si el paciente no es quien recibe la notificación GES. (Opcional)

(*) Campos son obligatorios

Selección de Tipo de Atención

Por favor, seleccione el tipo de atención para el trabajador:

Presencial

Hacer clic en Aceptar

Antecedentes del paciente

El beneficiario está presente

Previsión* RUT*

Nombres* Apellido paterno* Apellido materno*

Nombre Social

Domicilio* Comuna*

Región*

Teléfono fijo Teléfono celular* Correo electrónico*

Datos del prestador

RUT* Nombre*

Apellido paterno* Apellido materno* Institución*

Dirección calle* Número Comuna*

Información médica

Etapas*

Patología*

Representante de paciente

Seleccione si el paciente no es quien re

Generar documento

Atención: Se va a generar un documento usando la información que está registrada en este formulario

Nombre beneficiario :

RUT :

Patología :

(*) Campos son obligatorios

Continuar

Esperar unos segundos para que se cargue el proceso de firma

Ajustes NEP versión 1 – Licencia Médica Electrónica

Proceso de firmas en plataforma Medsign

medsign

Ver PDF

Documento en proceso

Firmantes

Formulario de constancia información al paciente GES
Artículo 24º, Ley 19.969

Datos del prestatario
Institución Hospital, C
Dirección
Nombre persona que
RUT
Antecedentes de
Nombre legal
Nombre social
RUT
Dirección hipoderm
Región
Información mé
Problema de Salud GES
Sospecha X
Tipo de atención
Constancia:
Tomo conocimiento qu
red de Prestadores que
Fecha y hora de notifi

Recuerde

Este documento será **válido** electrónicamente **completando las 2 firmas** (médico y paciente) en el sistema.

Comprueba que tenga ambas firmas

Siguiete

Leer aviso de firmas del documento y hacer clic en siguiente.

Datos pre-llenados de la pantalla anterior

[Ver PDF](#)

Formulario de constancia información al paciente GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

Datos del prestador
 Institución (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): I-MED
 Dirección: Ovalle 1760 Ciudad: Providencia
 Nombre persona que notifica: Nombre Médico Apellido P Apellido M
 Rut: [pre-llenado]

Antecedentes del/la paciente
 Nombre legal: Nombre Paciente Apellido P Apellido M
 Nombre social: [pre-llenado]
 Rut: [pre-llenado] Previsión: Fonasa Isapre
 Dirección: Providencia Comuna: Providencia
 Región: Metropolitana Teléfono: [pre-llenado] Correo electrónico: [pre-llenado]

Información médica
 Problema de Salud GES: salud oral integral para niños y niñas de 6 años N°: 23
 Sospecha Diagnóstico Tratamiento Seguimiento
 Tipo de atención: Presencial Teleconsulta

Constancia:
 Tomo conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, en la medida que me atienda en la red de Prestadores que asigna el Fonasa o la Isapre, según corresponda.
 Fecha y hora de notificación: 20/02/2024 13:38

Informé Problema Salud GES (Firma de persona que notifica)
 Tomé conocimiento* (Firma o huella digital de paciente o representante)

*En la modalidad de teleconsulta, en reemplazo de la firma o huella, se registrará el medio a través del cual el paciente o su representante tomó conocimiento:
 Correo electrónico Carta certificada Otros (indicar): [pre-llenado]

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el/la paciente, identificar:
 Nombre [pre-llenado] Rut [pre-llenado]
 Teléfono [pre-llenado] Correo electrónico [pre-llenado]

Importante: tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

1 / 1

Documento en proceso

Firmantes

Nombre Médico Apellido P

Rut: [pre-llenado]

Correo: [pre-llenado]

Firma Huella

Firma médico

Nombre Paciente Apellido P

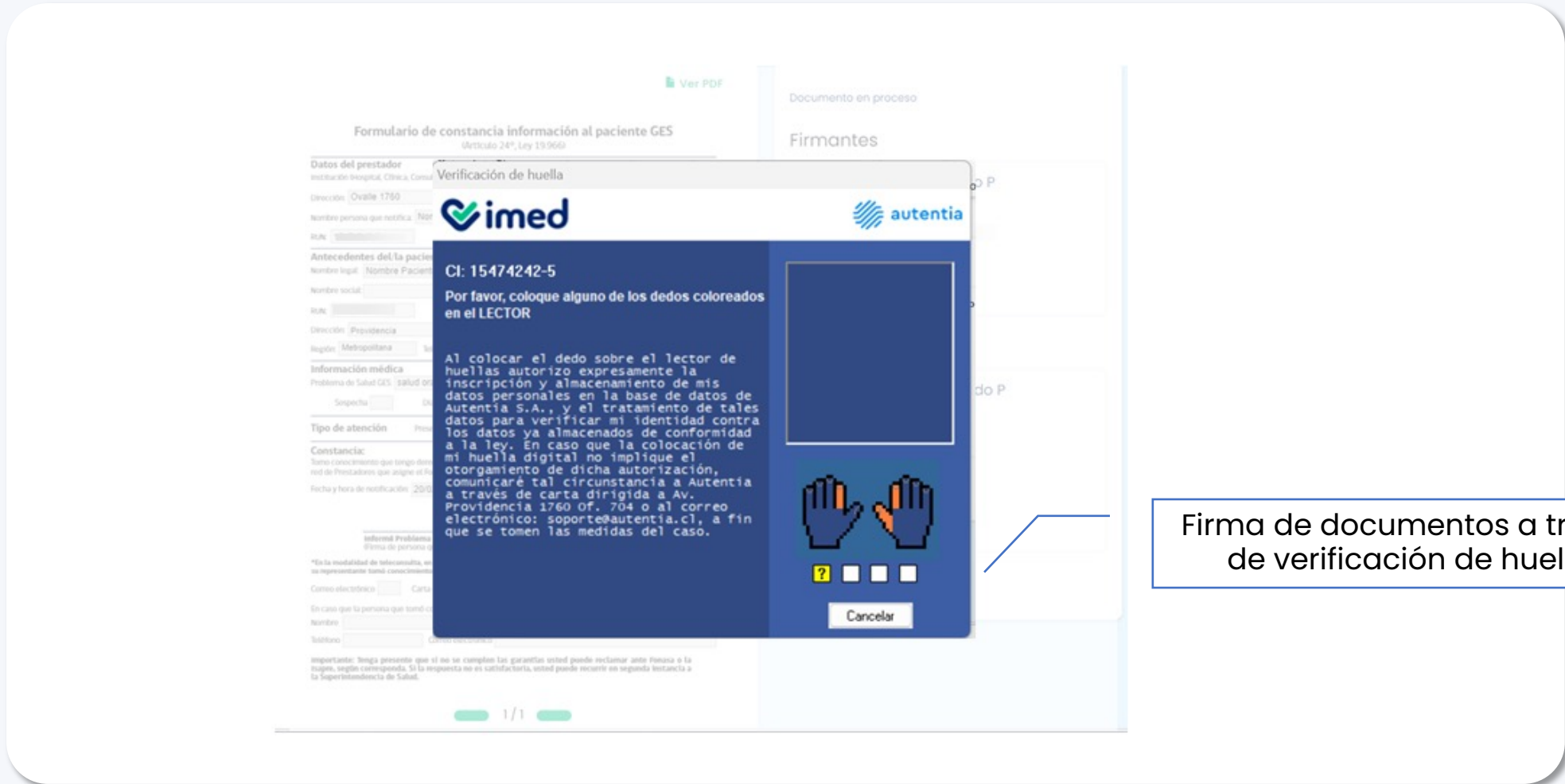
Rut: [pre-llenado]

Correo: [pre-llenado]

Teléfono: [pre-llenado]

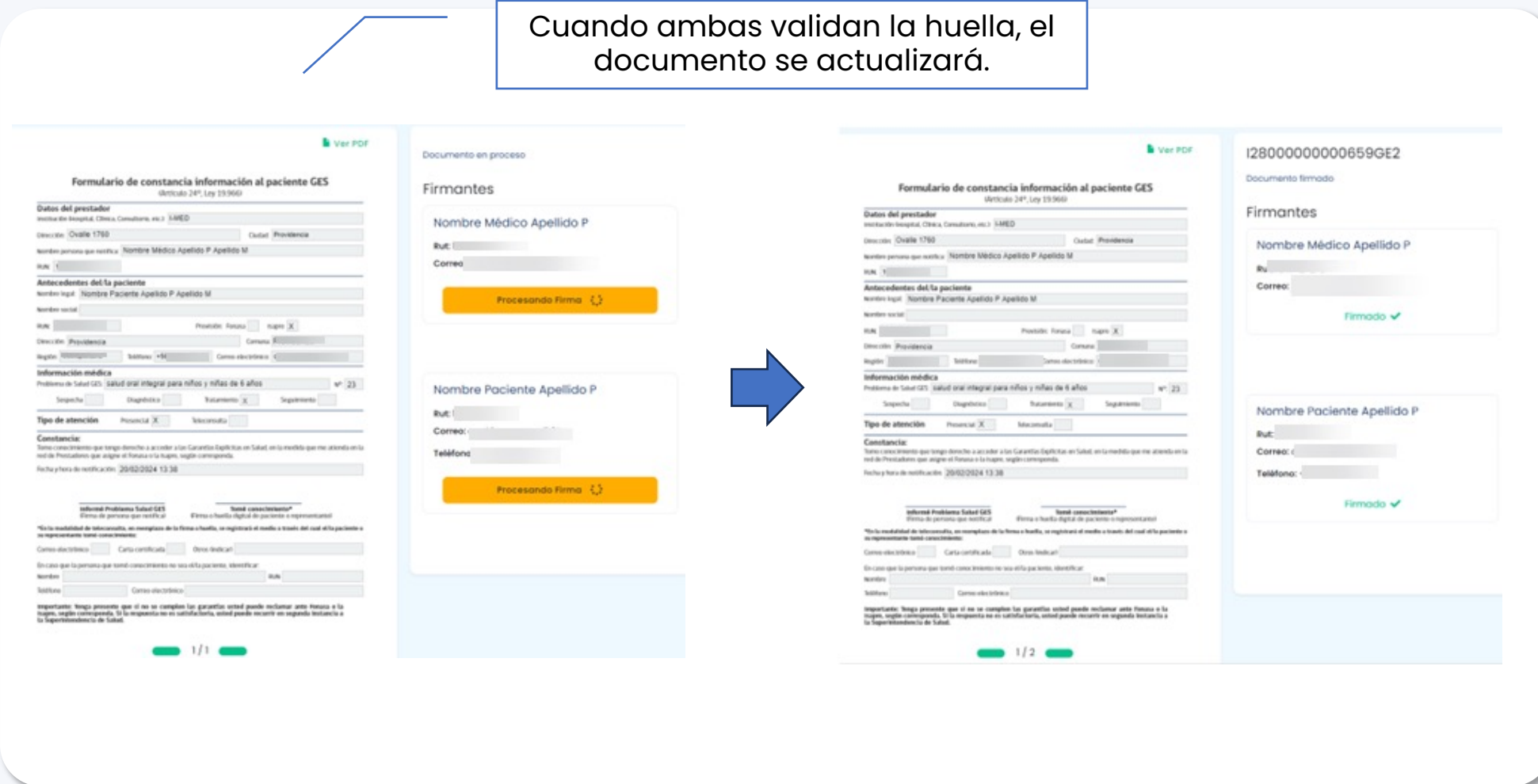
Firma Huella

Firma paciente



Proceso de firmas en plataforma Medsign

Cuando ambas validan la huella, el documento se actualizará.



Al finalizar el proceso, se redireccionará a la plataforma LME confirmando la notificación y opción de visualizar el documento

Revisar documento

A continuación se muestra el documento generado a partir de la información enviada

Firman el documento

RUT	Nombre	RUT	Nombre
✓ [input type="text"]	[input type="text"]	✓ [input type="text"]	[input type="text"]

[Haz click acá para imprimir el documento](#)

Este documento todavía está en condiciones de ser anulado. Para anularlo presione en el botón correspondiente.



Formulario de constancia información al paciente GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

Datos del prestador

Institución (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.):

Dirección: Ciudad:

Nombre persona que notifica:

RUN:

Antecedentes del/la paciente

Nombre legal:

Nombre social:

RUN: Previsión: Fonasa Isapre

Dirección: Comuna:

Región: Teléfono: Correo electrónico:

Información médica

Problema de Salud GES: N°:

Sospecha Diagnóstico Tratamiento Seguimiento

Tipo de atención Presencial Teleconsulta

Constancia:

Tomo conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, en la medida que me atienda en la red de Prestadores que asigne el Fonasa o la Isapre, según corresponda.

Fecha y hora de notificación:

Informé Problema Salud GES (Firma de persona que notifica)

Tomé conocimiento* (Firma o huella digital de paciente o representante)

*En la modalidad de teleconsulta, en reemplazo de la firma o huella, se registrará el medio a través del cual el/la paciente o su representante tomó conocimiento:

Correo electrónico Carta certificada Otros (indicar)

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el/la paciente, identificar:



¡Gracias!

Tu salud **más fácil**

imed.cl