

St Luke's Episcopal Hospital  
P.O. Box 20805  
Houston Texas 77025  
U.S.A.

Ref.: PATIENT: Consuelo Castillo

Muy señores míos:

Con fecha 24 de Diciembre pasado recibí de ustedes un "ACCOUNT BALANCE" por la suma de US\$ 1.718.68, referido al ACCOUNT N°0678317-091879-1 y que corresponde a gastos por la atención de mi hija Consuelo Castillo, que estuvo internada en ese Hospital entre los días 17 y 24 de Septiembre de 1979.

Mucho me extraña recibir una factura que no contiene ningún detalle explicando a qué corresponde el gasto. También me extraña que en ese "Balance" no se mencione el abono de US\$ 1.000.- que hice el día que mi hija ingresó al Hospital.

Por otra parte, hace algun tiempo recibí un "IN PATIENT FINAL BILL" con ítems prolijamente detallados y por la suma de US\$ 204.45.- En esa ocasión no respondí enviando el dinero porque pensé que era una simple información y que debía llegarme una liquidación final que incluyera también los gastos de alojamiento que no se especificaban en el documento recibido.

También, esperaba una indicación sobre el abono de US\$ 1.000.- hecho como garantía, al ingresar al Hospital y que serviría para responder a la cuenta por US\$ 204.45.-

El "IMPATIENT FINAL BILL", se refiere al paciente N°67831792601, número que es diferente al anotado en el "Statement of Account" y que reitero es el N°0678317-091879-1.

Esto me hace pensar que puede existir un error o confusión de números o nombres y les ruego, por tanto revisar las cuentas y comunicarme el resultado de la investigación.

A la espera de su respuesta, quedo de ustedes muy agradecido por las atenciones recibidas por mi hija Consuelo durante su permanencia en el Hospital.

Fernando Castillo V.

Santiago, 28 de Diciembre de 1979.

Chile. Santiago, 24 de Enero de 1980

St. Luke's Episcopal Hospital  
P.O. BOX 20-80-5  
Houston, Texas 77025  
U S A

---

Muy señores míos:

Con fecha de ayer recibí su documento "Impatient Demand Bill", el que es, aparentemente, respuesta a mi carta de fecha 28 de Diciembre pasado. En ella planteaba mis observaciones a su "Statement of account" de fecha 11/28/79 en la cual figuraba, sin dar ninguna explicación, una deuda por US 1.718.68.-

Ahora, Uds. incluyen una larga descripción de servicios prestados, que suman los mismos US 1.718.68.- pero agregando a mano y con tinta un descuento de US 795.55.-

Debo suponer que esa cifra descontada, que se menciona como "Transfer From Acct. N°06.783.170.918.791", debe corresponder al saldo a mi favor de los US 1.000.- depositados como garantía, menos una "Impatient Final Bill" que asciende a la cantidad de US 204.45.-

1.000.- menos 204.45 dá exactamente la cantidad de US 795.55.- que figuran en el documento recién llegado.

Parece increíble que sea necesario hacer estos cálculos y que en cambio no figure oficialmente, el abono hecho al ingresar mi hija al Hospital.

Por otra parte el "Patient Account N° del Im -

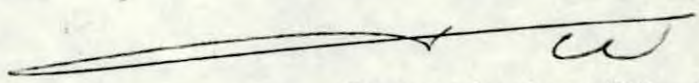
patient Final account" es el N°67.831.792.601.- que nada tiene que ver con el más arriba mencionado N° 06.783.170.918.791.-

Pero eso no es lo más grave. Lo que realmente aparece como grave es la aparición de algunos servicios no prestados como el que figura por "Semi Private Room" el día 09/24/79.- mi hija estuvo en el Private Room N°1846.-, durante toda su permanencia en el Hospital.

Esta falsa información me, confirma en mi suposición que existe alguna confusión de clientes razón por la cual a parecen cobrados algunos servicios que no corresponden a los prestados a mi hija.

~~— A la espera de mi respuesta quedo de ustedes como Atto y s.s.~~

PATRIMONIO UC



Fernando Castillo V.

Santiago, 7 de Junio de 1980.

St. Luke's Episcopal Hospital  
PO Box 20269  
Houston TEXAS 77025  
U.S.A.

At: Sra Carmen Fisher  
Ref.: Srta. Consuelo Castillo  
N°06783170918791

Muy señores míos:

Preocupado por no haber recibido ninguna respuesta a mis cartas del 28 de Diciembre 1979 y 24 de Enero de 1980, en las cuales solicitaba diversas aclaraciones a un conjunto de cuentas referidas a la permanencia en ese Hospital, de mi hija Consuelo Castillo, <sup>solicite</sup> recientemente, a un amigo, que viajó a los Estados Unidos, que se comunicara telefónicamente con Uds. para inquirir y saber finalmente, cuál era la situación. (Este hecho demuestra por sí solo mi interés en resolver un asunto que me resulta odioso prolongar.

Mi amigo me manifestó a su regreso que la funcionaria Carmen Fisher respondiendo de manera dura y cortante, le había sostenido que mi cuenta estaba en proceso de cobranza judicial y que no me quedaba más alternativa que pagar de inmediato, la cantidad de US 923,13.

Con respecto a esas palabras y actitud quiero expresarle lo siguiente:

1. Que no acepto un trato poco cortés con un cliente que llama, precisamente, para tratar de arreglar una situación donde el Hospital no ha tenido tan siquiera la mínima deferencia de contestar las cartas enviadas.
2. Que no pagaré suma alguna mientras subsistan las dudas que son provocadas por informaciones erróneas o incompletas. Es el caso de los Inpatient Account N°

que han cambiado varias veces. Es también el caso de las facturas que inicialmente eran de US 204,45 y después de US 1.718,68; por último de US 923,13. En ninguna de esas cuentas se menciona el anticipo de US 1.000, que hiciera el día del ingreso de mi hija al Hospital.

3. Que en mis cartas antes mencionadas de fecha 28 de Diciembre de 1979 y 24 de Enero de 1980, hice algunos reparos concretos a los documentos que Uds. me enviaron y no acepto la explicación verbal de que "el computador no se equivoca" y de que "el computador tiene su propio código" en el cual anotar ser vicios que no corresponden a la realidad,
4. Que le incluyo, bajo el supuesto de que por deficiencias del correo Uds. no hayan recibido, copias de mis cartas anteriores en las que se demuestra mi preocupación por pagar, pero, también, mi preocupación de que sus cuentas correspondan exactamente con el servicio recibido.
5. Que esperaré una respuesta seria de Uds. a todas mis cartas. Mientras tanto, esperaré, sin amedrentarme por las amenazas de acciones judiciales.  
  
Poseo suficientes documentos probatorios que apoyan mi actitud de preocupación por pagar el posible saldo pendiente, siempre que reciba una información oficial correcta.
6. Que mientras espero sus atentas respuestas, procederé a enviar copia de todos los antecedentes de este odioso asunto, al señor Cónsul de los Estados Unidos en Chile y al abogado Señor Callaghan, en Houston. Así podré responder mejor, ante la eventual acción ju dicial, que Uds. están insinuando.
7. Por último, quiero decirles que mi hijat tuvo que internarse en el St. Luke's Hospital, cuando me visita ba durante mi tratamiento en el M.D. Andersen Hospital. Los costos de mi tratamiento, por ser más largos y complejos que los de mi hija fueron bastante más eleva

dos. Sin embargo, no hubo dificultad alguna, porque las cuentas que me enviaron desde ese Hospital, eran correctas, claras y correspondían exactamente a la realidad.

A la espera de su respuesta quedo atentamente



Fernando Castillo Velasco

Simón Bolívar 5870  
Santiago, Chile



Santiago, 7 de Junio de 1980.

Señor  
Cónsul de los Estados Unidos  
Presente

De mi consideración:

En el mes de Agosto de 1979 obtuve de ese Consulado una visa para ingresar temporalmente a los Estados Unidos.

La razón de mi visita era para someterme a tratamiento en el M.D. Anderson Hospital en Houston.

Quiero expresarle mi gratitud, porque mi permanencia en el referido Hospital fue toda una maravillosa experiencia por la humanidad, eficiencia, cordialidad, calidad y precios módicos.

Sin embargo, lamentablemente, debo referirme también a la mala experiencia tenida con el Luca's Episcopal Hospital donde -por un inesperado accidente hube de hospitalizar a mi hija Consuelo, que me visitaba durante el período de mi tratamiento.

Junto a ésta me permito adjuntar la información sobre los problemas que estoy teniendo con el mencionado Hospital; quienes, según he sabido, estarían procediendo a iniciar una cobranza judicial.

En síntesis, la situación es la siguiente y puede ser verificada con los antecedentes que le acompaño:

1. Mi hija ingresó al Hospital St Luca's previo pago de US 1000, entregados como garantía.

2. Antes que ella abandonara el Hospital, solicité la cuenta la que -se me dijo- me sería enviada a mi domicilio en Santiago y que, probablemente dejaría un saldo a mi favor.
3. Las cuentas que me han llegado son las siguientes: y muestran ala razón de mi preocupación por contener ellos cifras diferentes, números de cuentas discordantes, enmiendas a mano, ítems por servicios no realizados, omisión de los anticipos entregados en garantía, etc. etc.

Ellas son:

<u>Designación</u>	<u>N°Cuenta Paciente</u>	<u>Valor</u>
1. Inpatient Final Bill	67831792601	US 204.45
2. Statement of Account	0678317091879-1	" 1718,68
3. Inpatient Demand Bill	67831792611	" 923,13

4. No he recibido ninguna respuesta a mis cartas en las cuales precisamente demuestro mi interés en pagar. Así como también, he demostrado ese interés a través de varias personas, que han llamado telefónicamente al Hospital, requiriendo se me responda para proceder a cancelar lo que realmente pueda aún deber.

Señor Cónsul, le ruego me perdone al molestarlo con las u cuestiones que le he planteado, pero Ud. debe entender mi verdadero interés porque Ud. conozca la verdad ante alguna información distorsionada que pueda llegar a ese Consulado. No deseo que Ud. pueda pensar que he resultado ser un mal agradecido y poco serio visitante de ese país que aprendí a amar desde mi lejana juventud.

Lo saluda cordialmente

Fernando Castillo Velasco  
Ex Rector de la  
Universidad Católica de Chile.





CONSULATE  
OF THE  
UNITED STATES OF AMERICA  
Santiago, Chile

Junio 12, 1980

Señor  
Fernando Castillo Velasco  
Ex Rector Universidad Católica de Chile  
Presente

De mi consideración

Acuso recibo de su atenta del 7 de Junio de 1980 y  
le informo que he tomado debida nota de su contenido.

Adjunto a la presente sÍrvase encontrar los documentos  
enviados.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Arturo S. Macias".

PATRIMONIO

Arturo S. Macias  
Cónsul de los Estados Unidos  
de América

STATEMENT OF ACCOUNT



STATEMENT DATE	FROM	THRU	DUE DATE
11/28/79	10/30/79	11/28/79	11/28/79
1	INPATIENT		1,718.68
TYPE ACCOUNT			PAY THIS AMOUNT

ST. LUKE'S EPISCOPAL HOSPITAL

P.O. BOX 20805 • HOUSTON, TEXAS 77025

ST. LUKE'S EPISCOPAL HOSPITAL  
P.O. BOX 20805  
HOUSTON, TEXAS 77025

FERNA CASTILLO  
SIMON BOLIVAR 5976  
SANTIAGO, CHILE

00009

ACCOUNT NO. 0678317-091879-1

PATIENT NAME	ACCOUNT NUMBER
CONSUELO A CASTILLO	0678317-091879-1

AMOUNT ENCLOSED

PLEASE DETACH THIS PORTION AND RETURN WITH YOUR PAYMENT.

REFERENCE	DATE	DESCRIPTION	UNITS	AMOUNT
		SUMMARY OF ACCOUNT 0678317-091879-1		
		BALANCE FORWARD		1,718.68
		ACCOUNT BALANCE		1,718.68
ST. LUKE'S EPISCOPAL HOSPITAL P.O. BOX 20805 • HOUSTON, TEXAS 77025			IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CALL	713-791-3181
			PAY THIS AMOUNT	1,718.68



BILLING DATE	BILLING PERIOD FROM THRU	PATIENT ACCOUNT NO.
09/22/79	09/17 09/22	67831792601

PATIENT NAME: CASTILLO CONSUELO A

DATE ADMITTED	DATE DISCHARGED	MED. REC. NO.	PAGE
09/17/79	09/17/79	678317	1

BILL TO: FERNA CASTILLO  
SIMON BOLIVAR 5976  
SANTIAGO, CHILE  
67831792601

INSURANCE COVERAGE	GROUP NO.	POLICY NO.

CL. NO.	POSTING DATE	BATCH	DATE OF SERVICE	TYPE SERVICE	SERVICE CODE	SERVICE DESCRIPTION	UNITS	TOTAL CHARGE
PLEASE NOTE: CHARGES AND CREDITS SHOWN BELOW ARE POSTED THRU 09/22/79. ADDITIONAL CHARGES AND CREDITS, IF ANY, APPLICABLE TO THIS ACCOUNT WILL BE SHOWN ON SUBSEQUENT STATEMENTS.								
DETAIL OF CHARGES								
ROOM ACCOMMODATIONS								
504	09/17		09/17/79	PRI 215	1700001	PRIVATE ROOM	1	.00
						OVERTIME RM-MED JUST	1	.00
						TYPE SERVICE TOTAL	1	.00
PHARMACY								
DRUGS								
251	09/22	732	09/18/79	040	4160008	NOCTEC 500MG	1	.75
251	09/22	732	09/19/79	040	4160008	NOCTEC 500MG	1	.75
						TYPE SERVICE SUBTOTAL		1.50
I.V. SOLUTIONS								
155	09/22	510	09/17/79	044	4011245	IV SOL 1000CC-D5 1/4	1	7.00
155	09/22	510	09/17/79	044	4011245	IV SOL 1000CC-D5 1/4	1	7.00
155	09/22	499	09/20/79	044	4011245	IV SOL 1000CC-D5 1/4	1	7.00
155	09/22	499	09/20/79	044	4011245	IV SOL 1000CC-D5 1/4	1	7.00
155	09/22	499	09/20/79	044	4011245	IV SOL 1000CC-D5 1/4	1	7.00
						TYPE SERVICE SUBTOTAL		35.00
						TYPE SERVICE TOTAL		36.50
PATHOLOGY								
SLH LABORATORY								
200	09/22	248	09/17/79	010	3260061	URINALYSIS-CHEM-MICR	1	6.00
200	09/22	312	09/17/79	010	3260115	UREA NITROGEN, BUN	1	7.50
200	09/22	312	09/17/79	010	3260116	CREATININE	1	7.00
200	09/22	312	09/17/79	010	3260118	SODIUM, NA	1	8.00
200	09/22	312	09/17/79	010	3260119	POTASSIUM, K	1	8.00
200	09/22	312	09/17/79	010	3260120	CHLORIDE	1	8.00
200	09/22	312	09/17/79	010	3260121	CO2 CNT.	1	8.00
200	09/22	450	09/17/79	010	3260169	PROTEIN ELECTRO	1	20.00
(CONTINUED ON PAGE 2)								

SUMMARY OF ACCOUNT BALANCE


TOTAL CHARGES TO DATE	LESS PAYMENTS TO DATE	ACCOUNT BALANCE	ESTIMATED INSURANCE BENEFITS	EST. PATIENT SHARE

TYPE BILL: INPATIENT FINAL BILL

PLEASE REFER TO THIS NUMBER ON ALL PAYMENTS AND CORRESPONDENCE

**St. Luke's Episcopal Hospital**

P.O. BOX 20269 HOUSTON, TEXAS 77025



BILLING DATE	BILLING PERIOD FROM	THRU	PATIENT ACCOUNT NO.
09/22/79	09/17	09/22	67831792601

DATE ADMITTED	DATE DISCHARGED	MED. REC. NO.	PAGE
09/17/79	09/17/79	678317	2

PATIENT NAME: CASTILLO CONSUELO A

INSURANCE COVERAGE	GROUP NO.	POLICY NO.

BILL TO: FERNA CASTILLO  
SIMON BOLIVAR 5976  
SANTIAGO, CHILE  
67831792601

CL. NO.	POSTING DATE	BATCH	DATE OF SERVICE	TYPE SERVICE	SERVICE CODE	SERVICE DESCRIPTION	UNITS	TOTAL CHARGE
(CONT'D. FROM PAGE 1)								
200	09/22	312	09/17/79	010	3260170	TOTAL PROTEIN	1	6.00
200	09/19	246	09/17/79	010	3262012	CBC	1	9.50
200	09/22	427	09/17/79	010	3264320	RPR RAPID PLASMA REA	1	7.00
200	09/22	452	09/18/79	010	3260023	PROTHROMBIN TIME	1	8.00
200	09/22	452	09/18/79	010	3260024	PARTIAL THROMB TIME	1	7.00
200	09/22	452	09/18/79	010	3260061	URINALYSIS-CHEM-MICR	1	6.00
200	09/22	269	09/18/79	010	3260118	SODIUM, NA	1	8.00
200	09/22	269	09/18/79	010	3260119	POTASSIUM, K	1	8.00
200	09/22	269	09/18/79	010	3260120	CHLORIDE	1	8.00
200	09/22	269	09/18/79	010	3260121	CO2 CONT.	1	8.00
200	09/22	446	09/18/79	010	3262004	HEMOGLOBIN	1	4.00
200	09/22	446	09/18/79	010	3262005	HEMATOCRIT	1	4.00
200	09/22	446	09/18/79	010	3262018	PLATELET COUNT	1	6.00
						<b>TYPE SERVICE TOTAL</b>		<b>162.00</b>
CENTRAL SUPPLY								
				070		SUPPLIES		
155	09/22	510	09/17/79	070	4016107	SCALP VEIN - #21	1	.80
155	09/19	516	09/18/79	070	4012362	PERI PADS-BAGGED	1	1.15
						<b>TYPE SERVICE TOTAL</b>		<b>1.95</b>
PERSONAL ITEMS								
				155		CENTRAL SUPPLY		
155	09/22	510	09/17/79	000	4015001	ADULT CARE PACK	1	4.00
						<b>TYPE SERVICE TOTAL</b>		<b>4.00</b>
<b>TOTAL CHARGES</b>								<b>204.45</b>
<b>BALANCE DUE</b>								<b>204.45</b>

**SUMMARY OF ACCOUNT BALANCE**

TOTAL CHARGES TO DATE	LESS PAYMENTS TO DATE	ACCOUNT BALANCE	ESTIMATED INSURANCE BENEFITS	EST. PATIENT SHARE

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS REGARDING THIS STATEMENT, PLEASE CALL. IF YOU HAVE ANY QUESTIONS REGARDING THIS STATEMENT, PLEASE CALL. 713-791-3081

67831792601

TYPE BILL - INPATIENT FINAL BILL

PLEASE REFER TO THIS NUMBER ON ALL PAYMENTS AND CORRESPONDENCE

# St. Luke's Episcopal Hospital

P.O. BOX 20269

HOUSTON, TEXAS 77025



BILLING DATE	BILLING PERIOD FROM	THRU	PATIENT ACCOUNT NO.
09/22/79	09/17	09/22	67831792601

DATE ADMITTED	DATE DISCHARGED	MED. REC. NO.	PAGE
09/17/79	09/17/79	678317	3

PATIENT NAME: CASTILLO CONSUELO A

INSURANCE COVERAGE	GROUP NO.	POLICY NO.

BILL TO: FERNA CASTILLO  
SIMON BOLIVAR 5976  
SANTIAGO, CHILE  
67831792601

GL. NO.	POSTING DATE	BATCH	DATE OF SERVICE	TYPE SERVICE	SERVICE CODE	SERVICE DESCRIPTION	UNITS	TOTAL CHARGE
<b>SUMMARY OF CHARGES</b>								
				040		12. MEDICINES & IV SOL		1.50
				044		DRUGS		35.00
						I.V. SOLUTIONS		36.50
				010		13. LABORATORY		
						SLH LABORATORY		162.00
				070		14. DRESSINGS		
						SUPPLIES		1.95
				155		20. PERSONAL		
						CENTRAL SUPPLY		4.00
						<b>TOTAL CHARGES</b>		<b>204.45</b>

## SUMMARY OF ACCOUNT BALANCE

TOTAL CHARGES TO DATE	LESS PAYMENTS TO DATE	ACCOUNT BALANCE	ESTIMATED INSURANCE BENEFITS	EST. PATIENT SHARE
204.45	.00	204.45		204.45

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS REGARDING THIS STATEMENT, PLEASE CALL 713-791-3081

67831792601

TYPE BILL

INPATIENT DEMAND BILL

PLEASE REFER TO THIS NUMBER ON ALL PAYMENTS AND CORRESPONDENCE

St. Luke's Episcopal Hospital



P.O. BOX 20269

HOUSTON, TEXAS 77025

BILLING DATE	BILLING PERIOD FROM	THRU	PATIENT ACCOUNT NO.
10/02/79	09/18	10/02	67831792611

DATE ADMITTED	DATE DISCHARGED	MED. REC. NO.	PAGE
09/18/79	09/24/79	678317	1

PATIENT NAME CASTILLO CONSUELO A

INSURANCE COVERAGE	GROUP NO.	POLICY NO.

BILL TO FERNA CASTILLO SIMON BOLIVAR 5976 SANTIAGO, CHILE 00009 67831792

DL. NO.	POSTING DATE	BATCH	DATE OF SERVICE	TYPE SERVICE	SERVICE CODE	SERVICE DESCRIPTION	UNITS	TOTAL CHARGE
PLEASE NOTE: CHARGES AND CREDITS SHOWN BELOW ARE POSTED THRU 10/02/79. ADDITIONAL CHARGES AND CREDITS, IF ANY, APPLICABLE TO THIS ACCOUNT WILL BE SHOWN ON SUBSEQUENT STATEMENTS. DETAIL OF CHARGES								
ROOM ACCOMMODATIONS								
19	09/19	MAR	09/18/79	PRI 217	1619000	PRIVATE ROOM ROOM P 1846-01	1	95.00
19	09/19	MIE	09/19/79	217	1619000	ROOM P 1846-01	1	95.00
19	09/22	JUE	09/20/79	217	1619000	ROOM P 1846-01	1	95.00
19	09/22	VIE	09/21/79	217	1619000	ROOM P 1846-01	1	95.00
19	09/22	SAB	09/22/79	217	1619000	ROOM P 1846-01	1	95.00
19	09/23	DO	09/23/79	217	1619000	ROOM P 1846-01	1	95.00
TYPE SERVICE SUBTOTAL							6	570.00
504	09/25	450	09/24/79	SEM 226	17C0001	SEMI PRIVATE ROOM OVERTIME RM-MED JUST	1	35.00
TYPE SERVICE SUBTOTAL							1	35.00
TYPE SERVICE TOTAL							7	605.00
RADIOLOGY								
252	09/25	359	09/19/79	020 020	30C0104	XRAY CHEST PORTABLE XRAY	1	28.00
TYPE SERVICE TOTAL								28.00
PHARMACY								
DRUGS								
251	09/25	666	09/17/79	040	4113758	SULFAMYLDON CRM 40Z	1	7.00
251	09/25	666	09/17/79	040	4113925	SOLUCORTEF 500MG 4CC	3	59.25
251	09/25	666	09/17/79	040	4113925	SOLUCORTEF 500MG 4CC	4	79.00
251	09/25	666	09/17/79	040	4114162	TEMARIL SPAN 5MG	4	2.00
251	09/25	666	09/17/79	040	4115000	VIAFLEX D5W IV SOLN	7	42.00
251	09/25	666	09/17/79	040	4117369	VASELINE JELLY 3/5OZ	1	.47
251	09/25	666	09/19/79	040	4110855	CHLOROSEPTIC SPR 3OZ	1	.50
251	09/25	666	09/19/79	040	4113925	SOLUCORTEF 500MG 4CC	12	237.00
(CONTINUED ON PAGE 2)								

SUMMARY OF ACCOUNT BALANCE

TOTAL CHARGES TO DATE	LESS PAYMENTS TO DATE	ACCOUNT BALANCE	ESTIMATED INSURANCE BENEFIT	EST. PATIENT SHARE

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS REGARDING THIS STATEMENT, PLEASE CALL. INSURANCE COVERAGE IS AN ESTIMATE ONLY.

TYPE BILL

**INPATIENT DEMAND BILL**

PLEASE REFER TO THIS NUMBER ON ALL PAYMENTS AND CORRESPONDENCE

**St. Luke's Episcopal Hospital**

P.O. BOX 20269

HOUSTON, TEXAS 77025



BILLING DATE	BILLING PERIOD FROM THRU	PATIENT ACCOUNT NO.
10/02/79	09/18 10/02	7331792611

DATE ADMITTED	DATE DISCHARGED	MED. REC. NO.	PAGE
09/18/79	09/24/79	678317	2

PATIENT NAME

CASTILLO CONSUELO A

INSURANCE COVERAGE	GROUP NO.	POLICY NO.

BILL TO

FERNA CASTILLO  
SIMON BOLIVAR 5976  
SANTIAGO, CHILE 00009  
67831792

Q.L. NO.	POSTING DATE	BATCH	DATE OF SERVICE	TYPE SERVICE	SERVICE CODE	SERVICE DESCRIPTION	UNITS	TOTAL CHARGE
(CONT'D. FROM PAGE 1)								
251	09/25	666	09/19/79	040	4114162	TEMARIL SPAN 5MG	6	3.00
251	09/25	666	09/19/79	040	4115000	VIAFLEX D5W IV SOLN	12	72.00
251	09/27	760	09/23/79	040	4112444	MAALOX 30CC UD	6	1.35
251	09/27	760	09/23/79	040	4114162	TEMARIL SPAN 5MG	5	2.50
251	09/27	760	09/23/79	040	4117635	INDERAL TAB 20MG UD	6	3.00
TYPE SERVICE SUBTOTAL								509.07
I.V. SOLUTIONS								
155	09/23	476	09/20/79	044	4011245	IV SOL 1000CC-D5 1/4	1	7.00
155	09/22	499	09/20/79	044	4011245	IV SOL 1000CC-D5 1/4	1	7.00
155	09/22	499	09/20/79	044	4011245	IV SOL 1000CC-D5 1/4	1	7.00
155	09/23	476	09/20/79	044	4011245	IV SOL 1000CC-D5 1/4	1	7.00
155	09/22	499	09/20/79	044	4011245	IV SOL 1000CC-D5 1/4	1	7.00
155	09/25	496	09/22/79	044	4011245	IV SOL 1000CC-D5 1/4	1	7.00
TYPE SERVICE SUBTOTAL								42.00
PHARMACY TAKE HOME								
251	09/26	692	09/23/79	043	4101003	PHARMACY-TAKE HOME	1	7.00
251	09/26	692	09/23/79	043	4101003	PHARMACY-TAKE HOME	16	3.34
251	09/26	692	09/23/79	043	4101003	PHARMACY-TAKE HOME	50	7.25
251	09/26	692	09/23/79	043	4101003	PHARMACY-TAKE HOME	100	5.50
TYPE SERVICE SUBTOTAL								23.09
TYPE SERVICE TOTAL								574.16
PATHOLOGY								
SLH LABORATORY								
200	09/25	337	09/19/79	010	3260061	URINALYSIS-CHEM-MICR	1	6.00
200	09/23	204	09/20/79	010	3260061	URINALYSIS-CHEM-MICR	1	6.00
200	09/23	98	09/20/79	010	3260439	SMA 12-60 TEST	1	25.00
200	09/25	306	09/20/79	010	3266544	URINE CULT, AEROBIC	1	12.50
200	09/25	306	09/20/79	010	3266550	COLONY COUNT	1	5.00
200	09/25	306	09/20/79	010	3266552	GRAM STAIN SMEAR	1	5.00
200	09/25	306	09/20/79	010	3266563	ANTIBIOTIC SENS TEST	1	15.00
200	09/25	306	09/20/79	010	3266582	GRAM NEG AEROBIC I D	1	7.50
200	09/23	218	09/21/79	010	3260115	UREA NITROGEN, BUN	1	7.50
200	09/23	218	09/21/79	010	3260170	TOTAL PROTEIN	1	6.00
(CONTINUED ON PAGE 3)								

**SUMMARY OF ACCOUNT BALANCE**

TOTAL CHARGES TO DATE	LESS PAYMENTS TO DATE	ACCOUNT BALANCE	ESTIMATED INSURANCE BENEFITS	EST. PATIENT SHARE

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS REGARDING THIS STATEMENT, PLEASE CALL. INSURANCE COVERAGE IS AN ESTIMATE ONLY.

TYPE BILL

# INPATIENT DEMAND BILL

PLEASE REFER TO THIS NUMBER ON ALL PAYMENTS AND CORRESPONDENCE

## St. Luke's Episcopal Hospital

P.O. BOX 20269 HOUSTON, TEXAS 77025



BILLING DATE	BILLING PERIOD FROM	THRU	PATIENT ACCOUNT NO.
10/02/79	09/18	10/02	67831792611

DATE ADMITTED	DATE DISCHARGED	MED. RECD. NO.	PAGE
09/18/79	09/24/79	678317	3

PATIENT NAME: CASTILLO CCNSUELO A

INSURANCE COVERAGE	GROUP NO.	POLICY NO.

BILL TO

FERNA CASTILLO  
SIMON BOLIVAR 5976  
SANTIAGO, CHILE 00009  
67831792

CL. NO.	POSTING DATE	BATCH	DATE OF SERVICE	TYPE SERVICE	SERVICE CODE	SERVICE DESCRIPTION	UNITS	TOTAL CHARGE
200	09/25	320	09/22/79	010	3260061	(CONT'D. FROM PAGE 2) URINALYSIS-CHEM-MICR TYPE SERVICE TOTAL	1	6.00 101.50
						CENTRAL SUPPLY		
				070		SUPPLIES		
155	09/29	112	09/18/79	070	4	ISOLATION	7	350.00
155	09/22	488	09/19/79	070	4012362	PERI PADS-BAGGED	1	1.15
155	09/23	476	09/20/79	070	4012021	ADHES TAPE N-AL 1 IN	1	1.00
155	09/23	476	09/20/79	070	4012481	TOPPER SPONGE 4X3 PK	1	.11
155	09/23	476	09/20/79	070	4012481	TOPPER SPONGE 4X3 PK	1	.11
155	09/24	514	09/20/79	070	4015544	SURGICAL MASKS	1	14.70
155	09/22	499	09/20/79	070	4016086	MSU - ADULT	1	1.10
155	09/24	480	09/21/79	070	4012362	PERI PADS-BAGGED	1	1.15
155	09/23	512	09/21/79	070	4015222	GLOVES PROCEDURE	50	13.00
155	09/25	500	09/23/79	070	4015222	GLOVES PROCEDURE	50	13.00
155	09/25	500	09/23/79	070	4015544	SURGICAL MASKS	1	14.70
						TYPE SERVICE TOTAL		410.02
						TOTAL CHARGES		1,718.68
						BALANCE DUE		1,718.68

### SUMMARY OF ACCOUNT BALANCE

TOTAL CHARGES TO DATE	LESS PAYMENTS TO DATE	ACCOUNT BALANCE	ESTIMATED INSURANCE BENEFITS	EST. PATIENT SHARE

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS REGARDING THIS STATEMENT, PLEASE CALL. INSURANCE COVERAGE IS AN ESTIMATE ONLY.



BILL

# INPATIENT DEMAND BILL

# St. Luke's Episcopal Hospital



P.O. BOX 20269

HOUSTON, TEXAS 77025

BILLING DATE	BILLING PERIOD FROM	BILLING PERIOD THRU	PATIENT ACCOUNT NO.
10/02/79	09/18	10/02	67831792611

DATE ADMITTED	DATE DISCHARGED	MED. REC. NO.	PAGE
09/18/79	09/24/79	678317	4

PATIENT NAME  
**CASTILLO CONSUELO A**

INSURANCE COVERAGE	GROUP NO.	POLICY NO.

BILL TO  
**FERNA CASTILLO  
SIMON BOLIVAR 5976  
SANTIAGO, CHILE 00009  
67831792**

GL. NO.	POSTING DATE	MATCH	DATE OF SERVICE	TYPE SERVICE	SERVICE CODE	SERVICE DESCRIPTION	UNITS	TOTAL CHARGE
<b>SUMMARY OF CHARGES</b>								
				PRI		1. PRIVATE PRIVATE ROOM	6	570.00
				SEM		2. SEMI PRIVATE ROOM	1	35.00
				020		10. XRAY EXAMINATION XRAY		28.00
				040		12. MEDICINES & IV SOL DRUGS		532.16
				044		I.V. SOLUTIONS		42.00
								574.16
				010		13. LABORATORY SLH LABORATORY		101.50
				070		14. DRESSINGS SUPPLIES		410.02
						<b>TOTAL CHARGES</b>		<b>1,718.68</b>
						<i>Transfer from acct. # 06783170918791</i>		<i>795.55 cr</i>

## CORRECTED STATEMENT

### SUMMARY OF ACCOUNT BALANCE

TOTAL CHARGES TO DATE	LESS PAYMENTS TO DATE	ACCOUNT BALANCE	ESTIMATED INSURANCE BENEFITS	EST. PATIENT SHARE
1,718.68	795.55 cr	923.13		923.13

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS REGARDING THIS STATEMENT, PLEASE CALL 713-791-3081 AND IS NOT NECESSARILY FINAL.

67831792611  
PATIENT ACCOUNT NO.

PATRIMONIO UC

TURNO-A  
S 120.  
CORREOS CHILE