

INFORME DISCAPACIDAD

Sr. Doctor:

Con motivo de acreditar el gasto en salud del estudiante o de alguno de los integrantes de su grupo familiar, se solicita a usted, aportar la Información requerida.

- ❖ Nombre del Estudiante :
- ❖ RUN :
- ❖ Carrera :
- ❖ Nombre del paciente :
- ❖ Edad :
- ❖ Fecha de emisión :

❖ **Diagnóstico Discapacidad:**

.....

.....

Orgánica Motora Sensorial

Leve Moderada Severa

❖ **Medicamentos**

❖ **Alimentación especial**

❖ **Necesidad de Ayuda para Autocuidado y Desplazamiento:**

Nada Poca Moderada Máxima

❖ **Uso Especial de Elementos:**

Ortesis Prótesis Muletas/Bastones Audífonos Silla Ruedas

❖ **Necesidades de Movilización Especial para Traslados Diarios:**

Loc. Colectiva Taxi Furgón especial Otros

❖ **Monto promedio mensual de gastos: \$**

.....
Médico Tratante

(Timbre de Institución Responsable)

Fecha: / / 2016