

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: / / 2017