Universidad de Chile

DIRBDE
Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil

INFORME MÉDICO

Sr(a). Profesional de la Salud:
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 : ……
- RUT : ……
- Carrera : ……
- Nombre del paciente : ……
- Edad : ……
- Fecha de emisión : ……

- **Diagnóstico Médico:** ……
  ……
  ……
  ……

Enfermedad catastrófica ☐ *Enfermedad crónica o permanente* ☐

Enfermedad de alto costo ☐ *Enfermedad de mediano costo* ☐

- **¿Está cubierta por GES?** *Sí* ☐ *No* ☐
- **¿Se atiende por GES?** *Sí* ☐ *No*

- **Tratamiento** ……
  ……
  ……

- **Medicamentos** ……
  ……
  ……

- **Alimentación Especial…**……
  ……
  ……

- **Insumos** ……
  ……

- **Exámenes…**……
  ……

Observación:

Fecha: ……

……
Médico Tratante

(Timbre de Institución Responsable)