Universidad de Chile

DIRBDE
Dirección de Bienestar y Desarrollo Estudiantil

INFORME DISCAPACIDAD

Sr. Doctor:

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

- Nombre del Estudiante : …….....
- RUT : ……..……..…
- Carrera : …….
- Nombre del paciente : .....
- Edad : .....
- Fecha de emisión : .....

- **Tipo de 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: $**

Fecha: .....

.....
Médico Tratante

(Timbre de Institución Responsable)