INFORME DE GASTOS MÉDICOS

(Este documento debe ser llenado por el Jefe de Hogar y constituye un instrumento imprescindible para el otorgamiento de beca.)

Nombre Paciente	
RUT	
Diagnóstico	

ITEM/ PERIODO	**MES 1**	**MES 2**	**MES 3**	**MES 4**	**MES 5**	**MES 6**	**MES 7**	**total**
CONSULTAS								
MEDICAMENTOS								
TRATAMIENTOS AMBULATORIOS								
HOSPITALIZACIONES								
CIRUGIA								
ALIMENTACION ESPECIAL								
CUIDADOS ESPECIALES								
ARRIENDO EQUIPOS								
PAÑALES								
AMBULANCIA								
EXAMENES								
OTROS (traslado, u otro)								
TOTAL								

Promedio Mensual	

Observaciones

_____

_____

_____

_____

Nombre, RUT y Firma