

(Este documento debe ser completado y firmado por el/la Jefe(a) de Hogar, marcando con una "X" en el casillero donde corresponda de acuerdo a los gastos médicos que existan por el integrante del grupo familiar que recibe tratamiento/atención médica por la enfermedad que padece. Además, debe estimar el gasto mensual de todos los gastos mencionados e indicarlo al final del recuadro)

<b>Nombre paciente</b>	
<b>RUT</b>	
<b>Diagnóstico</b>	

<b>REQUERIMIENTOS MÉDICOS</b>	<b>SI: marcar "X" – NO: dejar espacio en blanco</b>
Consulta médica	
Medicamentos	
Tratamiento(s) ambulatorio(s)	
Hospitalización(es)	
Cirugía	
Alimentación especial	
Movilización	
Cuidador	
Arriendo de equipo	
Pañales	
Ambulancia	
Exámenes	
Psicoterapia	
Otro(s) (señalar):	
<b>Total gasto mensual</b>	\$

Nombre Jefe(a) de Hogar: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Se debe adjuntar por lo menos un comprobante por cada gasto (boletas u otro documento que certifique dicho gasto).**

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declarado bajo juramento que es fidedigna, autorizando a la Universidad de Chile a comprobar y requerir de quien corresponda los antecedentes mencionados.