

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 según corresponda.

1. Nombre paciente	
2. RUT	
3. Diagnóstico médico	
4. Clasificación de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	<input type="checkbox"/> Enfermedad catastrófica <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica o permanente
5. Costo de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de mediano costo <input type="checkbox"/> Enfermedad de alto costo
6. Cobertura por GES (marque con una X donde corresponda)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
7. Paciente se atiende por GES (marque con una X donde corresponda)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
8. Tratamiento	
9. Medicamentos	
10. Alimentación especial	
11. Insumos	
12. Exámenes	
13. Observación	

Nombre y RUT médico tratante
Timbre de la Institución

Firma

Fecha

