



UNIVERSIDAD DE CHILE  
VICERRECTORÍA DE ASUNTOS ACADÉMICOS  
DIRECCIÓN DE BIENESTAR ESTUDIANTIL

**CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN MÉDICA**

NOMBRE ALUMNO

RUT N°

CARRERA

*Sr. Doctor:*

*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.*

**Marcar con una x:**

Enfermedad de alto costo

Enfermedad de mediano costo

Nombre completo del paciente

Rut

Edad

--	--	--

*Especificar los siguientes ítems según periodos de seis meses a la fecha*

Diagnóstico:

--

Tratamiento

--

Medicamentos

--

Alimentación Especial

--

Insumos

--

Exámenes

--

Otros Cuidados

--

Nombre Médico

Rut

Firma y Timbre

Fecha:

--	--

