

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
RUN
DIAGNOSTICO

ITEM/ PERIODO	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	TOTAL
CONSULTAS									
MEDICAMENTOS									
TRATAMIENTOS AMBULATORIO									
HOSPITALIZACIONES									
CIRUGIA									
ALIMENTACION ESPECIAL									
CUIDADOS ESPECIALES									
ARRIENDO EQUIPOS									
PAÑALES									
AMBULANCIA									
EXAMENES									
TOTAL									

**PROMEDIO
MENSUAL**

Observaciones

Fecha: / / 2015