



**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*

<i>Nombre completo del paciente</i>	<i>Rut</i>	<i>Edad</i>

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

<i>Diagnóstico:</i>
---------------------

<i>Tratamiento</i>
--------------------

<i>Medicamentos</i>
---------------------

<i>Alimentación Especial</i>
------------------------------

<i>Insumos</i>
----------------

<i>Exámenes</i>
-----------------

<i>Otros Cuidados</i>
-----------------------

<i>Nombre Médico</i>	<i>Rut</i>
<i>Firma y Timbre</i>	<i>Fecha:</i>