



## **INFORME DISCAPACIDAD**

*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.

- ❖ Nombre del Estudiante : .....
- ❖ RUT : .....
- ❖ Carrera : .....
- ❖ Nombre del paciente : .....
- ❖ Edad : .....
- ❖ Fecha de emisión : .....

- ❖ **Diagnóstico Discapacidad:** .....
- .....
- .....

Orgánica ☐ Motora ☐ Sensorial ☐

Leve ☐ Moderada ☐ Severa ☐

- ❖ **Medicamentos**.....

- ❖ **Alimentación especial**.....

- ❖ **Necesidad de Ayuda para Autocuidado y Desplazamiento:**

Nada ☐ Poca ☐ Moderada ☐ Máxima ☐

- ❖ **Uso Especial de Elementos:**

Ortesis ☐ Prótesis ☐ Muletas/Bastones ☐ Audífonos ☐ Silla Ruedas ☐

- ❖ **Necesidades de Movilización Especial para Traslados Diarios:**

Loc. Colectiva ☐ Taxi ☐ Furgón especial ☐ Otros ☐

- ❖ **Monto promedio mensual de gastos: \$**

Fecha: .....

.....  
Médico Tratante

**(Timbre de Institución Responsable)**