

## INFORME MÉDICO

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 : .....
- ❖ RUN : .....
- ❖ Nombre del paciente : .....
- ❖ Edad : .....
- ❖ Fecha de emisión : .....
- ❖ **Diagnóstico Médico:** .....
- .....
- .....

Enfermedad de alto costo

Enfermedad de mediano costo

- ❖ **Tratamiento** .....
- ❖ **Medicamentos** .....
- ❖ **Alimentación Especial**.....
- ❖ **Insumos**.....
- ❖ **Exámenes**.....

<b>Monto promedio mensual de gastos: \$</b>
---

Fecha:     /     / 2015

.....  
Médico Tratante

**(Timbre de Institución Responsable)**