

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

RUT

DIAGNOSTICO

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

**PROMEDIO
MENSUAL**

--

Observaciones
