



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>