

## 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 : .....
- ❖ RUN : .....
- ❖ 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:        /        / 2015

.....  
Médico Tratante

**(Timbre de Institución Responsable)**