

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**.....

Monto promedio mensual de gastos: \$

Fecha: / / 2015

.....
Médico Tratante

(Timbre de Institución Responsable)