

## 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: \$**

.....  
Médico Tratante

**(Timbre de Institución Responsable)**

**Fecha:**        /        /