

CERTIFICADO MÉDICO

Sr(a). Profesional de la salud:

Con motivo de acreditar el gasto en salud de el/la estudiante o de alguno de los/as integrantes de su grupo familiar, se solicita a usted, aportar la información requerida según corresponda:



1. Nombre paciente	
2. RUT	
3. Diagnóstico médico	
4. Clasificación de la enfermedad (marque con X)	☐ Enfermedad catastrófica ☐ Enfermedad crónica o permanente
5. Costo de la enfermedad (marque con X)	☐ Enfermedad de mediano costo ☐ Enfermedad de alto costo
6. Cobertura por GES (marque con X)	☐ Sí ☐ NO
7. Paciente se atiende por GES (marque con X)	☐ Sí ☐ NO
8. Tratamiento	
9. Medicamentos	
10. Alimentación especial	☐ Sí ☐ NO
11. Exámenes	
12. Observación	

Nombre y RUT médico tratante

Timbre de la Institución

Fecha: _____