

DECLARACIÓN DE GASTOS MÉDICOS



(Este documento debe ser completado y firmado por el/la jefe(a) de hogar, marcando con una "X" en el casillero donde corresponda de acuerdo a los gastos médicos que tiene quien recibe tratamiento/atención médica por la enfermedad que padece. Además, debe estimar el gasto mensual de todos los gastos mencionados e indicarlo al final del recuadro).

Nombre	
RUT	
Diagnóstico	
REQUERIMIENTOS MÉDICOS (SI: marcar "X" – NO: dejar espacio en blanco)	
Consulta médica	
Medicamentos	
Tratamiento/s ambulatorio/s	
Hospitalización/es	
Cirugía	
Alimentación especial	
Movilización	
Cuidador	
Arriendo de equipo	
Pañales	
Ambulancia	
Exámenes	
Psicoterapia	
Otro(s) (señalar):	
Total gasto mensual	\$

Nombre y firma jefe/a de hogar: _____

Fecha: ____/____/____

Se debe adjuntar por lo menos un comprobante por cada gasto (boletas u otro documento que certifique dicho gasto).

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declaro bajo juramento que es fidedigna, autorizando a la Universidad de Chile a comprobar y requerir de quien corresponda los antecedentes mencionados.