

CERTIFICADO MÉDICO PARA POSTULACIÓN A LA AYUDA DEL FONDO COMPLEMENTARIO

Nombre del postulante al beneficio	
Fecha de nacimiento	
Nombre del funcionario	
RUT	
Unidad	

1. PARA SER RESPONDIDO POR EL MÉDICO TRATANTE (Letra clara e imprenta)

Resumen de la historia

Diagnóstico principal
Diagnósticos secundarios

Fundamentos del diagnóstico principal (confirmaciones)

Medicación necesaria permanente (correspondiente a diagnósticos, nombre de los fármacos) exámenes u otros procedimientos, con el total mensual solicitado, que tenga directa relación con el diagnóstico principal por el que postula (información indispensable como respaldo).

Nº	MEDICAMENTO	DOSIS DIARIA	PERÍODO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

Tipo y especificación del grado de limitación (física y/o psicológica)

Autovalente: 

S	N
---	---

 Comunicación verbal: 

S	N
---	---

 Deambulación: 

S	N
---	---

Tratamientos requeridos (indispensables llenar en su totalidad por médico tratante) Etiológico Sintomático - Rehabilitación – Educación – Otros

Nombre del Médico Informante:  
Especialidad:  
RUN N°:  
N° Colegio Médico:

Firma, Timbre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_