

Postergación de Semestre

 **Felipe Gonzalo Bernard Ramirez** Activo
17651866-9

Género Masculino

Email felipebernardr@gmail.com

Dirección

Año Ingreso 2017

Tipo Ingreso PAA o PSU
779.8

Teléfono +56984394042

Solicitud

Tipo de Solicitud **Postergación de Semestre**

Fecha Hoy, a las 02:43 hrs.

Semestre para el cual está pidiendo esta solicitud
2017 Primer Semestre

Causas indicadas por el alumno
Mediante el presente escrito, solicito la postergación del Primer y Segundo semestre del año 2017 del primer año de la carrera de Psicología debido a los motivos que señalaré a continuación:
A fines del mes de mayo comienzo a tener recurrentes cuadros gástricos y respiratorios agravados por la medicación inmunosupresora a la que me someto de forma crónica por mi calidad de Trasplantado Renal, dichos episodios comienzan a traducirse en la imposibilidad de asistir a clases y debido a los procesos de convalecencia asociados. A causa de los continuos problemas de salud, se me solicita hospitalizarme para realizar estudios de rechazo del órgano trasplantado buscando la existencia de anticuerpos mediante una biopsia, recurriendo también al análisis de tratamientos posibles y recurrir a la aplicación de Diálisis y Plasmoféresis para recuperar la funcionalidad nefrótica del Riñón. Ante esta situación se me hizo imposible seguir rindiendo adecuadamente en el plano académico y rendir las evaluaciones pertinentes debido al desgaste físico y psicológico ligado a la patología, añadido también a las dificultades de comunicación y desplazamiento al encontrarme viviendo en Machali, VI Región y viajando todos los días a la Universidad desde comienzos del semestre; el estar fuera de Santiago me imposibilitó para reunirme con mis compañeros para realizar trabajos de los cursos, actualizarme en las clases y materias, o avisar de mi situación con anterioridad. Hoy me encuentro aún en proceso de tratamiento, viéndome imposibilitado de rendir los exámenes finales de cada materia al tener que nuevamente realizarme una biopsia hoy miércoles 5 de Julio para decidir los siguientes pasos según la evolución del diagnóstico.
Habiendo descrito las circunstancias de mi solicitud, y con la esperanza de encontrar su comprensión para retomar la Carrera el año 2018 con mejor salud siguiendo con el buen rendimiento Académico que demostré con mi ingreso PSU y primeras evaluaciones del curso, se despide atentamente.
Felipe Bernard

Archivo adjunto (1,5 mb)

Resolución

Estado * ☒ Pendiente ☐ Aceptar ☐ Rechazar ☐ No Procede

Resolución * N°

de 2017

Resolución Escaneada:



Seleccionar archivo

Ningún archivo seleccionado

Tamaño máximo 512M

Comentarios

Nombre Receptor: FELIPE BERNARDO R. RUT: 17.651.666-6
Previsión FONASA ☒ ALCIB ☐ Isapre ☒ Convenio ☐ Particular ☐
Fecha Tx: 10/12/00 Identificación del Donante: _____
Órgano Trasplantado: Riñón ☐ Hígado ☐ Corazón ☐ Pulmón ☐ Otro _____
Transfusiones: Pre Tx: Si ☐ No ☐ Durante Tx: Si ☐ No ☐ Post Tx: Si ☐ No ☐
Isquemia Fría (hrs): _____
Tipo de Rechazo: _____ Fecha: 06/05/02
Biopsia: Realizada ☒ Por realizar ☐ NO ☐ Fecha: _____
Conclusión de la Biopsia: (Anexar fotocopia del informe o enviar por Fax cuando se disponga de él).
EN ESPERA DE RESULTADOS

Nefrectomía riñón transplantado: Si ☐ No ☐ Fecha Nefrectomía: _____
Drogas inmunosupresoras en uso. Si recibió anticuerpos pol. o monoclonales y/o gammaglobulina indicar tipo, periodo y dosis.
INMUN. 1 mg + 1 mg 12 hrs.
WIDEFAC 10 mg 2 veces 12 hrs.
SIEMPRE 5 mg 1 vez 12 hrs.
EXAMEN SOLICITADO:

Determinación anticuerpos anti-HLA: Suero pretrasplante ☐ Suero post trasplante ☐
MUESTRA POST TRASPLANTE EN LABORATORIO ISP ☐
(Cod. Int. 2220046) Anticuerpos anti-HLA Clase I y II screening (Luminex) ☐
(Cod. Int. 2220048) Especificidad anticuerpos HLA con antígenos individuales Clase I (Luminex) ☒ OUT REJECT
(Cod. Int. 2220049) Especificidad anticuerpos HLA con antígenos individuales Clase II (Luminex) ☒ ALL REJECT
(Cod. Int. 2220050) Anticuerpos anti-HLA screening Clase I y II (Citometría de flujo) ☐
(Cod. Int. 2220051) Especificidad anticuerpos HLA con antígenos individuales Clase I (Citometría de flujo) ☐
(Cod. Int. 2220052) Especificidad anticuerpos HLA con antígenos individuales Clase II (Citometría de flujo) ☐
Alo crossmatch Suero pretrasplante ☐ Suero post trasplante ☐
(Cod. Int. 2220029) Alocrossmatch LT/LB por Citometría de flujo ☐
(Cod. Int. 2220027) Alocrossmatch LT/LB por CDC ☐

Notas: 1) Las determinaciones por citometría de flujo deben ser expresamente autorizadas por el laboratorio, previo a la solicitud del examen (Fono 2507443).

2) Alocrossmatch LT/LB se realiza solo cuando se dispone de células del donante

CENTRO TRASPLANTE: _____
MEDICO SOLICITANTE: DR. SERGIO ALVAREZ RUT: 8.733.696-4 FIRMA: _____
FIRMA: Jefe Programa Transplantes FIRMA: _____
NOMBRE PERSONA QUE TOMA MUESTRA: CHRISTIAN Fecha: _____ Hora: _____
MUESTRA TOMADA EN ISP: Si ☐ No ☐
FECHA Y HORA RECEPCION EN LABORATORIO: _____

Nota: Instrucciones al reverso



CLÍNICA
DAVILA

Dr(a) ANDRES DANIEL BOLTANSKY BRENNER
NEFROLOGIA ADULTO
7.470.161-2
AV. RECOLETA 464
7308000

CERTIFICADO

Nombre	BERNARD RAMIREZ FELIPE GONZALO
Dirección	AV SAN JOAQUIN 173 VILLA HERMOSA
Rut	17.651.866-9
Edad	26 Años 4 Meses 27 Días
Sexo	MASCULINO
Fecha Atención	03/07/2017 13:45

Paciente trasplantado renal de 8 años, con control rutinario con la especialidad.
Debe tomar remedios inmunosupresores de manera permanente.


Dr(a) ANDRES DANIEL BOLTANSKY
BRENNER
7.470.161-2

Indicaciones previas y resultados de exámenes de Laboratorio en www.davila.cl

Av. Recoleta 464
Mesa Central (56 2) 2730 8000
Fono Reserva (56 2) 2270 2700
www.davila.cl

Dra. Patricia Villegas Bravo

MEDICINA FAMILIAR

CONACEM 10204

R.C.M. 16013-K

R.U.T.: 9.027.280 - 2

Alameda # 516 C.M. Alemán - Rancagua

Fonos: 2231448 / Res.: 2237545



Fecha: _____

Nombre Paciente: Felipe Remond Ramirez

Edad: _____ Rut: 17651866-8

Domicilio: _____

Rp.

Relato que el paciente: Felipe Remond Ramirez, quien es. Trastorno mental; se trata - mente con medicamentos, ha presentado secundariamente multi - pleles cuadros respiratorios, de gestiones medicamentosa, motivo por lo cual debe realizar reposo en los días que presente este descompensación. Se espera el presente del paciente para fines de la consulta.

Atte

[Signature]

Próximo Control

--	--	--

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER SUSTITUIDO

IMPRESA MEF E.I.R.L./R.U.T.: 76.314.063-0 / CEL:992352848



CLINICA
DAVILA
LA BUENA SALUD PARA TODOS

DIA	MES	AÑO
03	07	17

ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE COMPLETO Bernardo Ramirez Felipe
(PATERNO) (MATERNO) (NOMBRES)

PROCEDENCIA: CLINICA DAVILA URGENCIA OTROS _____

PREVISION ISAPRE ☐ CONVENIO ☐ FONASA ☐ OTRO _____

MOTIVO DE HOSPITALIZACION: Biopsia Renal control

TRATAMIENTO: MEDICO ☐ AMBULATORIO ☐ QUIRURGICO

CODIGO _____ INSUMOS ESPECIALES _____

PAQUETIZADO: SI ☐ NO ☐ TECNICA ESPECIAL _____

INTERVENCION FECHA: 05/07/17 HORA: _____

SERVICIO DE DESTINO: MQ. Unipersonal EXAMENES PRE HOSPITALIZACION SI ☐ NO ☐

BREVE HISTORIA CLINICA: paciente trasplantado renal

INDICACIONES MEDICAS: Regimen

MEDICO TRATANTE: Andrés Boltansky B.
Rut: 7.470.161-2
Unidad de Transplantes
Clínica Dávila

MEDICO QUE INGRESA AL PACIENTE: _____

IMPORTANTE: El día que su médico le entregue esta orden, se ruega tomar contacto con el servicio de admisión de la clínica para que se le entregue las indicaciones de ingreso.

Andrés Boltansky B.
Rut: 7.470.161-2
Unidad de Transplantes
Clínica Dávila

FIRMA

Avda. Recoleta 464
Mesa Central: (56 2) 730 8000
Fono Reserva: (56 2) 270 2700
www.davila.cl

RUT MÉDICO

TIMBRE DEL MEDICO



Registro Nacional de Bomberos de Chile

CERTIFICADO

El Secretario Nacional de Bomberos de Chile, que suscribe certifica que:

Don(ña) **FELIPE BERNARD RAMIREZ** Cédula Nacional de Identidad N° **17.651.866-9**

Se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Bomberos Voluntarios, a cargo de esta Junta Nacional de Cuerpos de Bomberos, en conformidad a lo establecido en el artículo 11° de la ley N° 20.564, en calidad de Bombero(a) Voluntario(a) en el siguiente(s) Cuerpo(s) de Bombero(s):

Cuerpo	Compañía	Fecha de Ingreso
Machali	Primera	08 de Julio de 2016

El presente certificado se otorga de acuerdo a la información que ha sido proporcionada por el (los) Superintendente(s) del (os) Cuerpo(s) de Bomberos ya individualizado (s), a petición del requirente y para los fines que estime pertinentes.-

El presente certificado tendrá una vigencia de 60 días a partir de su fecha de emisión.-

Santiago, Miercoles 5 de Julio del 2017.-

RAÚL BUSTOS ZAVALA
SECRETARIO NACIONAL

Nombre, firma y Timbre