

Postergación de Semestre



Belén Andrea Venegas Medrano Activo
19103046-K

Género Femenino

Año Ingreso 2014

Email belen.venegas.95@gmail.com

Tipo Ingreso PAA o PSU
724.25

Dirección Loa 2486, Calama, Calama, Block 74, Departamento 207

Teléfono 87078339

Solicitud

Tipo de Solicitud **Postergación de Semestre**

Fecha 29 de Marzo a las 12:49 hrs.

Semestre para el cual está pidiendo esta solicitud
2018 Primer Semestre

Causas indicadas Estimado/a,

por el alumno Escribo para solicitar postergación de estudios durante el primer semestre de 2018. Los motivos obedecen a problemas de salud mental acompañados de una precaria situación económica. Este hecho me ha obligado a trabajar y estudiar durante el transcurso de mi carrera universitaria, lo que, por falta de tiempo, recursos y apoyo, ha conllevado para mí un consecuente agravamiento de mi estado de salud y la postergación de un tratamiento adecuado para el mismo hasta mitad del año pasado.

Como mencioné, estoy en tratamiento psiquiátrico y psicológico desde junio de 2017. Solicito postergar mis estudios este semestre para poder llevar a buen termino un dificultoso proceso de recuperación. Adjunto formulario de confirmación diagnóstica para trastorno bipolar.

Se despide atentamente,
Belén Venegas

Archivo adjunto (535,4 kb)



Resolución

Estado * ☒ Pendiente ☐ Aceptar ☐ Rechazar ☐ No Procede

Resolución * N°

de 2018

Resolución Escaneada:

Ningún archivo seleccionado

Tamaño máximo 512M



Dña. Nakoussi
930

ANEXO 2

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO.

Nombre de Usuario: Belen Nakoussi Mediana
R.U.T. 19.103.946-4 Fecha: _____
Caso Nuevo: SI _____ NO _____
Fecha Primer Diagnóstico: _____ (solo para pacientes nuevos)
Confirma Diagnóstico GES: SI ☒ NO _____
Diagnóstico GES

☐	Depresión Leve
☐	Depresión Moderada
☐	Depresión Grave 1° año
☐	Depresión con Psicosis, Riesgo suicida o Refractaria año 1
☒	Depresión Grave y con Psicosis, Riesgo suicida o Refractaria año 2
☐	Tratamiento Trastorno Afectivo Bipolar en mayores de 15 años, año 1
☐	Tratamiento Trastorno Afectivo Bipolar en mayores de 15 años, año 2
☐	Evaluación inicial primer episodio Esquizofrenia
☐	Evaluación en sospecha de primer episodio Esquizofrenia
☐	Tratamiento Esquizofrenia primer año
☐	Tratamiento Esquizofrenia a partir del segundo año
☐	Consumo Perjudicial en menores de 20 años

Debe volver a control a RedGesam: SI ☒ NO _____

Indique con qué profesional:

Psicólogo

Fecha próximo control:

14/07/17

11:30

TOMO CONOCIMIENTO DE QUE ANTE UN CAMBIO DE SEVERIDAD SE MODIFICARÁ MI COPAGO ANTE LA ISAPRE

Dña. MOIRA NAKOUSSI SALAS
Firma: PSIQUIATRA
Médico: RUT: 10/200.953-3
REDGESAM S.A. - SANTIAGO

Dr. ALVARO ROSALES L.
16-06-2017
10:30 hrs
TOME CONOCIMIENTO
(Firma del paciente)

Alexander Sebastian Pizarro Carrizosa - Fon: 24 076 492 - R.U.T. 18.876.561-9

Cruz
RUT: 9

Prestat
09.03.00

RUT Méc
REDGESAM S.A.

RUT Fac
REDGESAM S.A.

Firma

/130452 / C