



FACULTAD DE
CIENCIAS
SOCIALES
UNIVERSIDAD DE CHILE

Secretaría de
Estudios

SOLICITUD - PREGRADO

NOMBRE Y APELLIDOS Javiera Lazo Barrera
CARRERA Antropología
CÉDULA DE IDENTIDAD 19.688.255-3
AÑO DE INGRESO 2016 AÑO de EGRESO
DOMICILIO Capitán Crosby 853 Depto. 807
COMUNA Las Condes TELÉFONO 992666903
CORREO ELECTRÓNICO javiera.lazo.b@uach.cl
FECHA DE SOLICITUD 6 de agosto de 2018

SOLICITA La renuncia de los siguientes ramos por motivos de salud

- Teoría I
- Antropología Física I
- Morfología I
- Química Aplicada
- Cultura Rapa Nui

Se adjunta certificado médico

Javiera
Firma

Corte aquí

EL SOLICITANTE DEBE CONSULTAR EN LA SECRETARÍA DE ESTUDIOS LA RESPUESTA A S
PETICION Y ADEMÁS DEBERÁ FIRMAR QUE TOMÓ CONOCIMIENTO.

Nombre
Solicita
Fecha

HORARIO: 09:00 a 14:00 horas.

Las Condes, 03 de agosto 2018

INFORME MEDICO

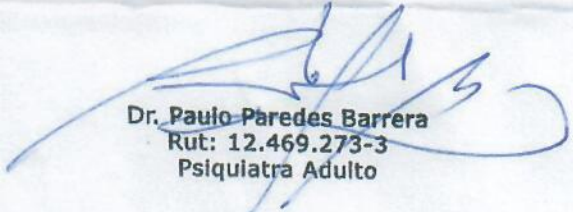
Certifico que la paciente **JAVIERA LAZO BARRERA**, 20 años, RUT: **19.688.255-3** acude a consulta con quien suscribe; con diagnóstico de: **Trastorno del Animo** con síntomas mixtos **Ansioso-Depresivo**.

Presenta antecedentes personales de patología de salud mental diagnosticados como Síndrome Ansioso y Trastorno Depresivo en etapa de educación escolar secundaria.

Desde el ingreso destacan síntomas de angustia en el día, insomnio, astenia, anhedonia y labilidad emocional; se indica uso de psicofármacos, la paciente se siente incapaz de desempeñarse adecuadamente en sus actividades académicas en el contexto de su patología; se sugiere iniciar proceso de congelación de carrera universitaria que cursa actualmente en Universidad de Chile, en la carrera de Antropología.

Se realiza el presente informe a solicitud de la paciente para presentar en su Universidad.

Atentamente.



Dr. Paulo Paredes Barrera
Rut: 12.469.273-3
Psiquiatra Adulto

Dr. Paulo Paredes Barrera

RUT 12.469.273-3

Medico Universidad de Chile-Psiquiatra Adultos

Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

pparedes.doc@gmail.com