



BENEFICIOS
estudiantiles

FORMULARIO PARA SOLICITAR SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS ESTUDIANTILES

1.- ANTECEDENTES GENERALES

DATOS DEL ALUMNO

Rut alumno: 20.049.755 DV: 7
Nombres alumno: Thiana Denisse
Apellido paterno: Cid
Apellido materno: Chevach
Teléfono (Cód. Área) 02 Número: 27041610
Celular (09-08-07-06-05) 09 Número: 62712323
E-mail: thiana.cid @ gmail.com

DATOS DE LA CARRERA

Nombre institución: Universidad de Chile
Nombre carrera: Psicología
Año de ingreso: 2018

DATOS DE BENEFICIOS (marque con X el(los) beneficio(s) que tiene)

☒ Gratuidad	☐ Nuevo Milenio o Excelencia Técnica
☐ Puntaje PSU	☐ Articulación
☐ Bicentenario	☐ Hijos de Profesionales de la Educación
☐ Juan Gómez Millas	☐ Reparación - Titular Valech
☐ Vocación de Profesor	☐ Reparación - Traspaso Valech
☐ Pedagogía	☐ Reubicación
☐ Excelencia Académica	



BENEFICIOS
ESTUDIANTILES

2.- ANTECEDENTES DE SUSPENSIÓN (marque con una x los semestres de suspensión)

2018	☐	1° semestre
	☒	2° semestre

Motivo de Suspensión (marque con x)

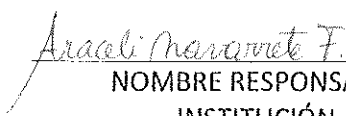
- ☐ Embarazo
- ☐ Cambio en la situación socioeconómica del grupo familiar
- ☐ Jornada Laboral del estudiante impide continuidad de estudios
- ☐ Cambio de ciudad de residencia del estudiante
- ☐ Falta de carga académica del estudiante que impide continuidad de estudio
- ☐ Pasantía en el extranjero
- ☒ Problemas de salud del estudiante
- ☐ Problemas de salud de un integrante grupo familiar directo
- ☐ Cuidado del hijo(a) recién nacido(a)
- ☐ Condena Judicial
- ☐ Otro

Declaro conocer que la suspensión de los beneficios que poseo, queda sujeta a la aprobación del Ministerio de Educación.


FIRMA BENEFICIADO

06/07/2018

FECHA DE SOLICITUD


NOMBRE RESPONSABLE
INSTITUCIÓN



Agosto 2018

FECHA Y TIMBRE
INSTITUCIÓN





SERVICIOS
estudiantiles

Observaciones Institución:



Dr. Reinaldo Bustos Domínguez

Rut: 5.775.382-K

Psiquiatría Adulto

Av. Irarrázaval # 2401, Piso 2

Fono: 22 607 54 00

Nuñoa

REG - SIS Nº 57478

Nombre Paciente:

Thiara Cid A.

Domicilio:

R.U.T.:

20 099 755.7

Edad:

Rp.

Clasifico al paciente como
paciente identificado por un
Trastorno depresivo,
con medicamentación
psicofarmacológica.
Se sugiere congelar sangre
acordebada.

30/5/18

FECHA

FIRMA



N° Solicitud 506 013

ANTECEDENTES MEDICOS

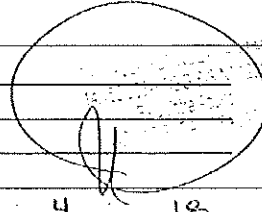
Antecedentes Isapre

GES:	Fecha Entrega:
CAEC:	Hora Entrega:
Derivación N°:	Folio Interno:
Problema de Salud: <u>DEPRESION</u>	
Nombre del Paciente: <u>THARA CID CHEDUCH</u>	
Rut del Paciente: <u>20.049.215-7</u>	

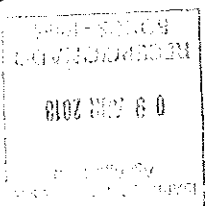
Estimado Profesional Médico: Le agradecemos completar estos antecedentes

Diagnóstico:	<u>Depresión Moderada</u>
Fecha Primer Diagnóstico Médico de la Patología:	<u>9 / 4 / 18</u>
Fecha Diagnóstico Actual:	<u>1 / 1</u>
Patología Confirmada:	SI: <u>/</u> NO: <u>/</u>
Cumple condición de ingreso GES:	SI: <u>/</u> NO: <u>/</u>
Tratamiento Indicado:	<u>Sesiones en terapia</u> <u>1-0-0</u>
Exámenes:	<u>IC Psicología</u>
Evolución:	<u>Control con Psicología General GES en 30 días</u>
Seguimiento:	

Identificación Médico

Firma Profesional Médico:		Nombre:	
Rut:		Especialidad:	
Teléfono:			
Dirección:			
Fecha Atención:	<u>9 / 4 / 18</u>	Hora Atención:	<u>9:30</u>

Este documento debe ser enviado a la isapre, máximo un día después de efectuada la consulta médica.
Adjuntar todos los resultados de los exámenes solicitados.



CENTRO MÉDICO

VIDA INTEGRA

Una Empresa BANMEDICA

www.vidaintegra.cl

Dr. Reinaldo Bustos Domínguez

Rut: 5.775.382-K

Psiquiatría Adulto

Av. Irarrázaval # 2401, Piso 2

Fono: 22 607 54 00

Nuñoa

REG - SIS Nº 57478

Nombre Paciente:

Therina Cid Ch

Domicilio:

R.U.T.:

20.099.755-7

Edad:

Rp.

*Certifico atender a la
paciente identificada, quien
en razón de su cuadro clínico
requiere congelar Años Aca-
demicos en la U de Chile.*

Dx: T. depresión mayor severa

25/7/18.

FECHA

DR. REINALDO BUSTOS DOMINGUEZ
5.775.382-K REG. SIS Nº 57478
Psiquiatría Adulto
VIDA INTEGRA NUÑO A

FIRMA

RESOLUCIÓN N° 259

Santiago, agosto 23 de 2018

VISTOS

- :
- a) Lo dispuesto en el Decreto N° 309-1535/2018 y el Reglamento de Estudiantes de la Universidad de Chile D.U. N° 007586 / 19.11.1993 modificado por el D.E. N° 0028010 / 05.10.2010, Título V, Párrafo 6º Postergación y Reincorporación, Artículos 38 y 39.
 - b) El certificado de los antecedentes médicos, de la Doctora Paula Espinoza, Psiquiatra Adulto de fecha 09.04.2018, con el diagnóstico del estudiante.
 - c) El certificado del Doctor Reinaldo Bustos, Psiquiatra Adulto, de fecha 30.05.2018, que sugiere postergar.
 - d) El certificado del Doctor Reinaldo Bustos, Psiquiatra Adulto, de fecha 25.07.2018, que indica postergar.
 - e) La solicitud de Thiara Cid, de fecha 30.07.2018.
 - f) La derivación de la Jefa Carrera de Psicología, de fecha 03.08.2018.
 - g) La derivación de la Dirección de Escuela de Pregrado, de fecha 07.08.2018, que ratifica la decisión de la Jefa de Carrera.

RESUELVO

- :
- Autorizar la postergación del segundo semestre académico 2018, solicitada por THIARA DENISSE CID CHEVECICH, Cédula de Identidad N° 20.099.755-7, estudiante de la carrera de PSICOLOGÍA de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.


Prof. Roberto Aceituno Morales
Decano

Distribución:

1. Interesada.
2. Unidad de Admisión y Matrícula.
3. Unidad de Bienestar.
4. Archivo.