



S O L I C I T U D - P R E G R A D O

NOMBRE Y APELLIDOS *Amapola Belmar Fuentes*
CARRERA *Antropología mención social*
CÉDULA DE IDENTIDAD *19.806.392-4*
AÑO DE INGRESO *2016* AÑO de EGRESO
DOMICILIO *Lincay 18 norte C # 1782*
COMUNA *Galena* TELÉFONO *966104687*
CORREO ELECTRÓNICO *amapolabelmarf@gmail.com*
FECHA DE SOLICITUD *11/01/2019*

SOLICITA *Reincorporarme a mi carrera tras postergarla a causa de mi tratamiento psiquiátrico, durante el presente año 2019, pues mi médico considera que ya me encuentro en condiciones de retomar mi carga académica con normalidad para este semestre.*

Firma

Corte aquí

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

Nombre
Solicita
Fecha

HORARIO: 09:00 a 14:00 horas.

Enero 2019.

INFORME CLÍNICO:

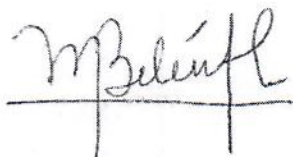
- **NOMBRE:** Amapola Belmar Fuentes
- **EDAD:** 21 años

RUT: 19.806.392-4

Extiendo el siguiente certificado médico, a solicitud de la paciente para ser presentado en la institución de educación superior donde cursa estudios actualmente. Paciente recibiendo tratamiento farmacológico y psicológico por patología de la especialidad. Se ha mantenido estable, con buena adherencia al tratamiento y por tanto en condiciones de reincorporarse al año académico 2019.

Sin otro motivo, se despide.

Atentamente,



Dra. Ma. Belén Arroyo C.

Médico cirujano

RUT: 17.591.049-2

RCM: 38614