

Date: 19.05.12

Solicito Postergar el **Año 2019**, el motivo de la solicitud es de carácter **vocacional**, puesto que desde hace unos meses he padecido dudas con respecto a mi futuro profesional, lo cual ha sido bastante difícil de sobrellevar y me ha ocasionado una depresión que actualmente estoy tratando psiquiátricamente (adjunto certificado).

Todo esto ha derivado en un mal rendimiento académico del que no me siento orgulloso ni tampoco me siento conforme puesto que he sido siempre un excelente alumno con muy buenas calificaciones.

Es por estos motivos que solicito la postergación de estudios del año 2019 para poder reincorporarme para el primer semestre del próximo año y dar el máximo rendimiento académico como suelo hacerlo.

Espero acogida a esta solicitud y agradezco de antemano.

Se despide atte.

Bahirwani Ávila, Aakash Sunil

RUT 20.245.385-6

Estudiante de segundo año de trabajo social.

Formulario de Confirmación Diagnóstica

IPNC

EN SALOBAND
DECTA Y CI

Fecha:

7 Mayo - 2018

Nombre Paciente:

ABKASH BAHIANAWI AVILA

R.U.T.:

20.245.385.6

Teléfono:

PPPP15218

Nombre Médico Tratante:

Dr. Fernando Ivanovic-Zuric R.

Médico Psiquiatra

R.U.T.:

R.U.T.: 5.325.076-9pre: CONSALUD

Director

CLASIFICACION GES

34

☐ T3 Depresión Leve

☒ T4 Depresión Moderada

☐ T5 Depresión Grave - Año 1

☐ T8 Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida o Refractariedad Año 1

☐ T9 Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida o Refractariedad Año 2

75

☐ T1 Trastorno Bipolar Año 1

☐ T2 Trastorno Bipolar Año 2 y siguientes

☐ Cierre GES Depresión

15

☐ Esquizofrenia 1° Brote

☐ Tratamiento Esquizofrenia

Fecha de Diagnóstico:

2/5/09

Firma Médico:

[Firma]

Observaciones:

Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic R.
Psiquiatra

ando Ivanovic

Medico Psiquiatra

Medico Fisiologo
U de Chile

Facultad de Medicina - U de Cima
C.U.T. 5 325 076-9

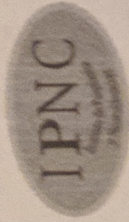
1 C M : 10 230-K

I.C.M.: 10.230-K

Santa Beatriz 111 - Of. 505 - 332626188

Tel: 222342563 - 222464986 - 23202012

Cal: 957480913



Nombre Paciente:

Fecha:

Edad: Rut.:

Ciudad:

Domicilio:

Rp.

Rp. ~~Free~~ ^{ture}

for 1/2 year

2/5/20

Firma Médico

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER SUSTITUIDO

ESTE MEDICAMENTO ES UN