

25/06/19 sin acreditación 2019. Se contacta telefónicamente / Anexo
08/08/19 no presenta documentación le entrega información

FECHA

25 06 19

SOLICITUD BECA DE EMERGENCIA 2019

N°

1. IDENTIFICACION DEL ALUMNO

NOMBRES Cataline Andruo APELLIDO PATERNO Zúñiga APELLIDO MATERNO Gautier

RUT 20084681 - 5

MATRÍCULA

CARRERA Ed. Primaria

CELULAR

MOTIVO SOLICITUD

* Marcar con X acorde a

- ☐ FALLECIMIENTO DEL JEFE DE HOGAR \$150.000
☐ CATASTROFE y/o DESASTRE NATURAL \$150.000
☐ INCENDIO DE VIVIENDA \$150.000
☐ ARRIENDO Y/O MES DE GARANTÍA \$150.000
☐ TRASLADO O MOVILIZACIÓN \$60.000
☐ PERDIDA DE BENEFICIOS INTER/EXT \$100.000
☐ CESANTIA \$150.000
☐ COMPRA DE MEDICAMENTOS \$120.000

- ☐ GASTOS MEDICOS EN SALUD MENTAL CAPS \$135.000
☒ GASTOS MEDICOS \$150.000
☐ REPOSICIÓN MATERIALES POR ROBO \$100.000
☐ COMPRA DE MATERIALES DE ESTUDIO \$100.000
☐ DISMINUCIÓN DE INGRESOS \$150.000
☐ COMPRA LENTES OPTICOS SIN DAÑO SEVERO \$30.000
☐ COMPRA LENTES OPTICOS POR DAÑO SEVERO \$60.000
☐ DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO

MONTO SOLICITADO POR ALUMNO

\$ 150.000

4.- SINTESIS SOCIOECONÓMICA

C. Zúñiga

FIRMA SOLICITANTE

2. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

PAE ☐ SI ☐ NO PTJE ☐ ☐ ☐

SITUACION DE SALUD

- ☒ FONASA, LETRA B
☐ ISAPRE
☐ CAPREDENA/DIPRECA

☐ OTRA

SITUACION VULNERABILIDAD

- SIN VULNERABILIDAD
BAJA VULNERABILIDAD
MEDIANA VULNERABILIDAD
VULNERABILIDAD
ALTA VULNERABILIDAD

- 10% ☐
20% ☐
30% ☐
40% ☐
50% ☐

3. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

- ☐ Resumen FOCES actualizado
☐ Resumen FOCES antes de emergencia
☐ Cert. de afiliación sistema de salud
☐ Cert. Nac. y/o defunción
☐ Constancia de carabineros/bomberos
☐ Cert.avalúo fiscal/cert. Dominio vig. Vivienda
☐ Contrato de arriendo/comprobante de pago arriendo
☐ Comprobante pago movilización

- ☐ Comprobante del beneficio y/o pérdida
☐ Finiquito, seg. De cesantía y cotizaciones
☐ Declaración de Gastos
☐ Cert. Médico, interconsulta, y/o orden de examen
☐ Boleta de compra de bono, interconsulta y/o examen
☐ Evaluación y presupuesto (salud mental)
☐ Receta medicamentos, insumos médicos, lentes
☐ Síntesis social y/o informe social

NOMBRE ASISTENTE SOCIAL



Santiago, 24 de Junio de 2019

Estimada

Cordial saludo,

Yo Catalina Andrea Zúñiga Gautier, n° de célula: 20.034.681-5, alumna regular de la Facultad de Ciencias Sociales de la carrera de Pedagogía de Educación Parvularia, actualmente me encuentro cursando el V semestre.

Escribo esta carta con el motivo de solicitar a ustedes la beca de emergencia de la universidad, ya que desde el año pasado estoy presentando un problema en mi mandíbula, impidiendo hacer mi vida con normalidad, puesto cada día que pasa me cuesta más ingerir alimentos, llegando al punto de tener que ingerir alimento en forma de papilla.

Ha sido tanto la molestia en el último tiempo que me vi en la obligación de visitar un especialista de difusión articular temporo mandibular en una consulta particular, puesto que en SEMDA de la universidad no existe un especialista de este tipo. El primer diagnóstico que me dio el especialista es desplazamiento discal sin reducción con limitación de apertura, el primer paso a seguir con el tratamiento es hacerme una resonancia magnética de articulación temporo mandibular, para saber qué tan dañado está el disco. Este tiene un valor de \$ 83.370.- con FONASA nivel 1, se me es imposible pagar ya que el único sostenedor del hogar es mi hermano mayor. De ahí en más, el tratamiento será determinado por los resultados de esta resonancia. También mencionar, que mi previsión es FONASA B.

Como mencioné anteriormente, Mi hermano mayor es el sostenedor de mi familia y yo actualmente me encuentro sin trabajo y genera aun mayor preocupación lo que pueda pasar. He aquí, la importancia de la solicitud que, mediante estas palabras, solicito ante uds.

C Zúñiga

Sr.(a) CATALINA ANDREA ZUNIGA GAUTIER

Edad 20 años

RUT 20034681-5

Domicilio justicia social 112 recoleta

Ciudad santiago

Fecha 14.06.2019

Orden No. 20213778

R405004A RM DE ARTICULACIÓN TÉMPORO MANDIBULAR
desplazamiento discal sin reduccion con limitacion de apertura

- 1.-Contraindicado para pacientes portadores de marcapasos, cuerpos extraños metalicos intraoculares, elementos metalicos intracraneales, o claustrofobicos, estimulador nervioso,implante coclear, sospecha de esquirlas metalizas oculares, embarazadas de menos de tres meses gestación, embarazo de más de tres meses con indicación de contraste.
- 2.-Pacientes deben asistir sin maquillaje facial y sin parches medicamentados.
- 3.-4 horas de ayuno.

INTERPRINT S.A. - R.U.T.: 76.100.993-4 / Email: contacto@interprint.cl - Fono: 22 555 7573.

CI.DE OSCAR FRANCISCO POBLETE DE LA FUENTE

RUT : 16154908-8

ODONTOLOGÍA INTEGRAL

• Alameda • Barcelona • Centro Huérfanos • Centro Bandera
• Copiapo • Egaña • Estación Central • Fondo Vicuña • Iquique
• Florida Vespucio • Las Condes • Los Dominicos • Maipú
• Manquehue • Norte • Oeste • Peñalolen • Puente Alto • San Miguel
• Sur • Santa Lucía • Tobalaba • La Serena • Rancagua • El Trébol
• Mirador Bio Bio • Talca • Viña del Mar.

Barcelona

Barcelona 2116, Providencia.

Servicio al Cliente

600 636 6666

desde celulares 22 636 6666

integrarmedica.cl