



Sr(a). Profesional de la Salud:

Con motivo de acreditar el gasto en salud del estudiante o de alguno de los integrantes de su grupo familiar, se solicita a usted, aportar la información requerida según corresponda.

1. Nombre paciente	LUIJA CECILIA CARVALLO LEÓN
2. RUT	8.713.612-4
3. Diagnóstico médico	HTA / Depresión moderada / Asma.
4. Clasificación de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	☐ Enfermedad catastrófica ☒ Enfermedad crónica o permanente
5. Costo de la enfermedad (marque con una X donde corresponda)	☐ Enfermedad de mediano costo ☒ Enfermedad de alto costo
6. Cobertura por GES (marque con una X donde corresponda)	☒ SI ☐ NO
7. Paciente se atiende por GES (marque con una X donde corresponda)	☒ SI ☐ NO
8. Tratamiento	• LOSARTAN 50 mg 1-0-1 • SERENITA 50 mg 2-1-0 • ATORVASTATINA 20 mg 0-0-1 • VERAPAMIL 20 mg 2-1-0 • AMLODIPINO 5 mg 0-1-0 • QUETIAPINA 150 mg 0-0-1
9. Medicamentos	• SALBUTAMOL 100 mg 2 puff 1-0-1 • ZOLPIDEM 12.5 mg 0-1-1 • FURACILONA 150 mg 2 puff 1-0-1
10. Alimentación especial	• Dieta hiposódica, hipograsa, cocinar en mediana cantidad, énfasis en vegetales y carnes al vapor.
11. Insumos	
12. Exámenes	
13. Observación	En control de diversos programas en CESFAM MAFFIOLETTI (LA FLORIDA)



Dr. Jonathan Quinde Mora
Médico Cirujano
RUN: 25.483.458 - 0
REG. PROF. N° 410903

Nombre y RUT médico tratante

Timbre de la institución

CESFAM

DR. FDO. MAFFIOLETTI
AVDA. CENTRAL 301

Firma

Fecha

11-11-2020