

DECLARACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

(Este documento debe ser completado y firmado por el/la Jefe(a) de Hogar, marcando con una "X" en el casillero donde corresponda de acuerdo a los gastos médicos que existan por el integrante del grupo familiar que recibe tratamiento/atención médica por la enfermedad que padece. Además debe estimar el gasto mensual de todos los gastos mencionados e indicarlo al final del recuadro)

Nombre paciente	Luisa Cecilia Carralbo León
RUT	8.713.612-4
Diagnóstico	Hipertensión arterial (HTA) - depresión moderada - asma bronquial

REQUERIMIENTOS MÉDICOS	SI: marcar "X" - NO: dejar espacio en blanco
Consulta médica	X
Medicamentos	X
Tratamiento(s) ambulatorio(s)	X
Hospitalización(es)	
Cirugía	
Alimentación especial	
Movilización	
Cuidador	
Arriendo de equipo	
Pañales	
Ambulancia	
Exámenes	X
Psicoterapia	
Otro(s) (señalar):	Metformina \$7990 Multi casona: \$45.170
Total gasto mensual	aprox. \$53.160

Nombre Jefe(a) de Hogar: Luisa Carralbo León Firma: [Firma]

Fecha: 12 / 11 / 2020

Se debe adjuntar por lo menos un comprobante por cada gasto (boletas u otro documento que certifique dicho gasto).

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declarado bajo juramento que es fidedigna, autorizando a la Universidad de Chile a comprobar y requerir de quien corresponda los antecedentes mencionados.

#45.170.



RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS
CENTRO DE SALUD FAMILIAR MAFFIOLETTI
Avenida Central 301 - 2 2611 29 00
La Florida - Santiago

NOMBRE : URA CARLOS LEON

DOMICILIO : _____

EDAD: 58 C. IDENTIDAD N° 8713 612-4

FECHA: 07, 05, 2020 + breves

Rp.i

PLUTICASONA / DOLMETEROL 250/25 mg
Pco inhalador #01 (WHP)
2poff 4/2h

Dr. Jonathan Guinda Mora
Médico Cirujano
RUN: 25.483.458-0
REG. PROF. N° 410003

Firma

Fecha: _____

Código:

IMP. COMUDEF



RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS
CENTRO DE SALUD FAMILIAR MAFFIOLETTI
Avenida Central 301 - Fono: 2 2611 29 00
La Florida - Santiago

\$7.990

NOMBRE : Laura Corallo Leon
DOMICILIO : _____
EDAD: 55 años C. IDENTIDAD N° _____
FECHA: / /

Rp.:

Mitigante 26
95mg q's
p-f-0.04he
p.6ms

Sandra Navarro Zagal
Médico Cirujano
Rut: 8.868.195-9

Firma

Fecha: 25-7-20

Código:

604

IMP. COMUDEF