

(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	GABRIEL SALVO JNOA.-
RUT	4.713.499-4
Diagnóstico	CÁNCER DE PRÓSTATA

REQUERIMIENTOS MÉDICOS	SI: marcar "X" – NO: dejar espacio en blanco
Consulta médica	X
Medicamentos	X
Tratamiento(s) ambulatorio(s)	X
Hospitalización(es)	X (OPERACIÓN)
Cirugía	X
Alimentación especial	X
Movilización	X
Cuidador	NO
Arriendo de equipo	NO
Pañales	X
Ambulancia	NO
Exámenes	X
Psicoterapia	NO
Otro(s) (señalar):	
Total gasto mensual	100

Nombre Jefe(a) de Hogar: GABRIEL SALVO J. Firma: [Firma]

Fecha: 13/11/20

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.

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	GASTAR SALVO FLORA.
2. RUT	4.713.499-4
3. Diagnóstico médico	CANCER DE PRÓSTATA
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)	☐ SÍ ☒ NO
7. Paciente se atiende por GES (marque con una X donde corresponda)	☐ SÍ ☒ NO
8. Tratamiento	INYECCIONES SEJESTRACES DE HORMONAS.
9. Medicamentos	SI.-
10. Alimentación especial	SI.-
11. Insumos	NO.-
12. Exámenes.	SI.-
13. Observación	OPERADO DE PRÓSTATA Y TRATAMIENTO.

 Nombre y RUT médico tratante
 Timbre de la Institución

Firma

Fecha

Este documento tiene que ser completado y firmado por el/la Jefe(a) de Hogar en donde debe declarar los bienes (propiedades y/o vehículos), sociedades, inversiones y deudas del grupo familiar. Cabe señalar que, si no posee ninguno de ellos debe dejar los espacios en blanco y firmar.

1. BIENES RAÍCES

TIPO (casa, depto., terreno, estacionamiento)	USO (Vivienda, comercial, laboral)	AVALÚO FISCAL
CASA	VIVIENDA	32000.000

2. VEHÍCULOS MOTORIZADOS

TIPO (auto, camioneta, camión, furgón, moto, otros)	USO (Particular, comercial, laboral)	AVALÚO FISCAL
AUTO	PARTICULAR	2.500.000

3. PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD(ES)

TIPO (Ltda., Anónima, Colectiva, otras)	RUT	NOMBRE	% DE PARTICIPACIÓN	PATRIMONIO TOTAL DE LA SOCIEDAD

4. INVERSIONES Y OTROS

TIPO (Depósito a plazo, fondos mutuos, ahorros, acciones, otros)	NOMBRE INSTITUCIÓN	CANTIDAD EN \$	APORTE MENSUAL (si corresponde)	TOTAL INVERSIÓN

5. DEUDAS

TIPO (Crédito hipotecario, automotriz, otros)	INSTITUCIÓN BANCARIA O CASA COMERCIAL	PAGO MENSUAL	N° TOTAL DE CUOTAS	FECHA VENCIMIENTO DE DEUDA TOTAL
CUZ				
AGUA				
TELEFONO				

Nombre Jefe(a) de Hogar:

Fecha: ____/____/____

Firma:

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.

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	CARLEN ALEGRA / ELIADO	
2. RUT	41439.825-7	
3. Diagnóstico médico	DIABETES, HIPERTENSION Y CAUCER AL PANCREAS	
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 alto costo ☐ Enfermedad de mediano 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	COMPAR PERMANENTE DESDE LA EXTRACCIÓN DE 1 PANCREAS	
9. Medicamentos	SI -	
10. Alimentación especial	SI -	
11. Insumos	NO -	
12. Exámenes	SI -	
13. Observación	COMUNICAR SERVICIOS AL PACIENTE	

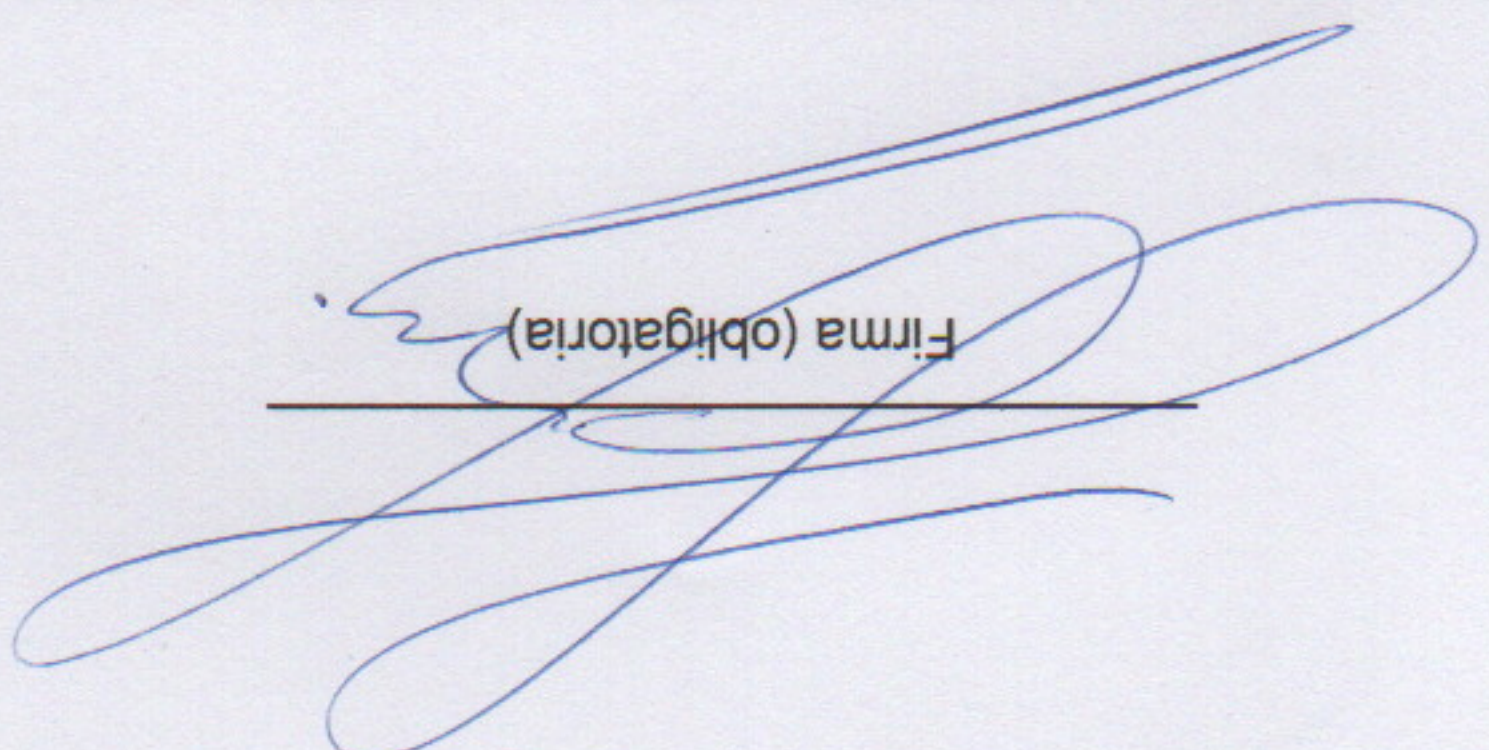
Fecha

Firma

Nombre y RUT médico tratante
Timbre de la Institución

(Este documento debe ser completado por el Jefe de Hogar o postulante y constituye un instrumento imprescindible para el otorgamiento de la beca)

Yo Gastón Gale Díaz
RUT 4713999-4, con fecha 13, NOVIEMBRE del 2020, declaro bajo juramento que mi domicilio se encuentra ubicado en: CALLE MARÍA ELENA #121 LA FLORIDA, SAN YAGÜEL
(Indicar calle, número, comuna y región).


Firma (obligatoria)

Nota: Adjuntar cuenta de servicio básico o cuenta de casa comercial, que certifique el domicilio señalado en el presente certificado y la identidad de quien lo llenó.

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.