

M E M O R A N D U M 015

A : **Unidad de Aranceles y Matrícula**

DE : **Isabel Barros Inostroza**
Secretaria de Estudios - FACSO.

FECHA : SANTIAGO, 24 de marzo de 2021

Informo a usted que **BARBARA MARCELA QUEVEDO RIVERA**,
Cédula de Identidad N° 21.045.824-7, Matrícula N° 2021113710 estudiante de la
Carrera de **Sociología**, ha renunciado a la carrera, por motivos de salud.

Atentamente,



UNIVERSIDAD DE CHILE
SECRETARÍA
DE
ESTUDIOS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Isabel Barros Inostroza
Secretaria de Estudios

• Solicitudes FACSO

Secretaría de Estudios

Renuncia a la Facultad



Bárbara Marcela Quevedo Rivera [Boletines](#)

Activo

21045824-7

Año Ingreso

2021

Email

barbara.quevedo@ug.uchile.cl

Tipo Ingreso

Ingreso Regular

Dirección

Ramón Freire 11, Rauco, Chile

648

Carreras

- Licenciatura en Sociología v6

Teléfono

+56956649730

Regular

- Sociología v6

Regular

Solicitud

Tipo de Solicitud

Renuncia a la Facultad

Fecha

Ayer a las 09:46 hrs.

Período para la solicitud

2021 Primer Semestre

Causas indicadas por el
estudiante

Por motivos de salud mental y emocional, decido dejar la carrera de sociología, ya que estudiar este año significaría una carga muy grande y está dificultando mi proceso de avance en cuanto a mi diagnóstico.

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACION AL PACIENTE GES

(Artículo 24º, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCION (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.):	CESTAM RANCO		
DIRECCION:	OLIGUITO	CIUDAD:	CURICO
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA:	Mónica Mendoza Carrido		
RUT.:	18.585.937-1		

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE:	Barbara Anecho River		
RUT.:	21.045.824-7	FONASA	ISAPRE
DOMICILIO:	Pob. Los Libertadores Pje Roman F. Qui	COMUNA:	RANCO REGION: VI
Nº TELEFONO FIJO:	no tiene	Nº TELEFONO CELULAR:	956649730
DIRECCION CORREO ELECTRONICO (E.-MAIL)	no tiene		

INFORMACION MEDICA

CONFIRMACION DIAGNOSTICA GES:

Depresión



Confirmación Diagnóstica



Paciente en Tratamiento

CONSTANCIA:

Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, siempre que la atención sea otorgada en la Red de Prestadores, que me corresponde, según Fonasa o Isapre, a la que me encuentro adscrito.

IMPORTANTE:

Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACION:

3-11-2020

9:37

Dra. Mónica Mendoza Carrido
Médico Cirujano
Rut. 18.585.937-1

INFORME DIAGNOSTICO GES

(Firma de persona que notifica)

[Firma]
TOME CONOCIMIENTO
(Firma o huella digital del paciente)

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

Nombre: _____

Rut.: _____

Nº Teléfono Celular: _____

Dirección correo electrónico (e-mail) _____