



INFORME DE FRANQUICIA MÉDICA Nº 02

I. IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

|                  |                  |                 |            |   |      |
|------------------|------------------|-----------------|------------|---|------|
| QUIROZ           | MERINO           | PAULA ESTEFANIA | 20.992.567 | 2 | 19   |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES         | RUT        |   | EDAD |

|                |             |                |       |                       |                                                              |
|----------------|-------------|----------------|-------|-----------------------|--------------------------------------------------------------|
| TRABAJO SOCIAL | C. SOCIALES | 2021           | 2     | METROPOLITANA         | PAGA PENSIÓN                                                 |
| CARRERA        | FACULTAD    | AÑO DE INGRESO | CURSO | REGIÓN DE PROCEDENCIA | <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI |

|           |    |        |  |                                            |                                        |
|-----------|----|--------|--|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| PTJE. PAE | 90 | % FSCU |  | OTROS BENEFICIOS                           |                                        |
|           |    |        |  | <input type="checkbox"/> BECA U. DE CHILE  | <input type="checkbox"/> BECA INDIGENA |
|           |    |        |  | <input type="checkbox"/> BECA P DE LA REP. | OTRA GRATUIDAD                         |

II. ANTECEDENTES FAMILIARES:

|                   |            |                         |          |                      |             |            |            |
|-------------------|------------|-------------------------|----------|----------------------|-------------|------------|------------|
| SITUACIÓN LABORAL | PENSIONADO | ACTIVIDAD JEFE DE HOGAR | JUBILADO | INGRESOS G. FAMILIAR | \$248.339.- | PER CAPITA | \$124.170. |
|-------------------|------------|-------------------------|----------|----------------------|-------------|------------|------------|

|                         |                                              |  |                                                    |                |                                                  |  |
|-------------------------|----------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------|--|
| SITUACIÓN HABITACIONAL: | <input type="checkbox"/> Allegados-Av alúo   |  | <input type="checkbox"/> Arrenda-Monto             |                | <input type="checkbox"/> Div idendos-Av alúo     |  |
|                         | <input type="checkbox"/> Arrenda Pieza-Monto |  | <input checked="" type="checkbox"/> Propia-Av alúo | \$16.723.832.- | <input type="checkbox"/> Usuf ructuarios-Av alúo |  |

SISTEMA DE SALUD

|                                            |                                 |                                            |                                               |                               |                                   |
|--------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Fonasa | <input type="checkbox"/> Isapre | <input type="checkbox"/> Capredena/Dipreca | <input type="checkbox"/> Tarjeta de Gratuidad | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> No Tiene |
|--------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

REQUIERE

|                                        |                                          |                                  |                                              |                                                   |                                |
|----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Interconsulta | <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Insumos | <input checked="" type="checkbox"/> Exámenes | <input type="checkbox"/> Interv ención Quirúrgica | <input type="checkbox"/> Otros |
|----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|

INDIQUE

|                                                 |                                           |                                   |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Matriculado | <input type="checkbox"/> Egresado Regular | <input type="checkbox"/> Egresado |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|

ADJUNTA

|                                       |                                       |                                                  |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orden Médica | <input type="checkbox"/> Orden Dental | <input checked="" type="checkbox"/> Valorización |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                |            |                                             |      |                                                |
|--------------------------------|------------|---------------------------------------------|------|------------------------------------------------|
| VALOR TOTAL DEL PROCEDIMIENTO: | \$59.549.- | <input type="checkbox"/> Procede Franquicia | 80 % | <input type="checkbox"/> No Procede Franquicia |
|--------------------------------|------------|---------------------------------------------|------|------------------------------------------------|

IV. OBSERVACIONES (antecedents relevantes)

Estudiante debe realizarse exámenes de laboratorio. Puede cancelar hasta \$15.000 por la prestación.-  
La Estudiante reside en la Comuna de lo Prado, donde vive con su abuelo paterno, quién recibe una pensión de vejez, logrando cubrir las necesidades básicas en el hogar. -

  
CARMEN LUZ PÉREZ LÓPEZ  
Asistente Social  
Unidad Bienestar Estudiantil  
Facultad de Ciencias Sociales

FECHA 22-03-2022

RESOLUCIÓN (USO EXCLUSIVO DBE)

% Franquicia

Monto a Pagar \$

Fecha de Resolución:

Válida Hasta:

☐ RECHAZADA

☐ PENDIENTE      MOTIVO RECHAZO \_\_\_\_\_