



Paulo César Lara <paulo.lara@uchile.cl>

Formulario para solicitud de franquicias médicas y dentales.

1 mensaje

Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>

10 de junio de 2022, 12:28

Para: paulo.lara@uchile.cl

Google Forms

Gracias por llenar [Formulario para solicitud de franquicias médicas y dentales.](#)

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Formulario para solicitud de franquicias médicas y dentales.

Se pone a disposición esta herramienta a través de un formulario online, con el fin de agilizar y optimizar las solicitudes de franquicias médicas y dentales.

Correo electrónico *

paulo.lara@uchile.cl

Unidad académica solicitante *

- ☐ Arquitectura y Urbanismo
- ☐ Artes
- ☐ Ciencias Agronómicas
- ☐ Ciencias
- ☐ Ciencias Físicas y Matemáticas
- ☐ Ciencias Forestales y de Conservación de la Naturaleza
- ☐ Ciencias Químicas y Farmacéuticas
- ☒ Ciencias Sociales
- ☐ Ciencias Veterinarias y Pecuarias
- ☐ Derecho
- ☐ Economía y Negocios
- ☐ Filosofía y Humanidades
- ☐ Medicina
- ☐ Odontología
- ☐ Asuntos Públicos
- ☐ Comunicación e Imagen



Programa Bachillerato

Nombre y Apellidos de profesional que realiza la solicitud *

Carmen Gloria Neira Sandoval

Información de estudiantes

Datos personales de estudiante que requiere franquicia médica o dental

Nombre completo estudiante *

Katherine Noemí Quijada Cienfuegos

Rut estudiante (Sin puntos y con guión) *

20496701-6

Edad estudiante (Sólo números) *

21

Correo electrónico estudiante *

katherine.quijada@ug.uchile.cl

Número de contacto estudiante *

56956221744

Carrera *

Antropología

Previsión de salud *

- ☒ Fonasa
- ☐ Isapre
- ☐ Capredena/Dipreca
- ☐ Sin previsión de salud

Si la previsión de salud corresponde a Fonasa, favor marque la letra que corresponda

- ☒ Fonasa A

- ☐ Fonasa B
- ☐ Fonasa C
- ☐ Fonasa D

Tipo de franquicia a solicitar

¿Qué tipo de franquicia solicita? *

- ☒ Médica
- ☐ Dental
- ☐ Ambas

Si solicita franquicia médica, indicar si corresponde a una de alto costo (un millón o más).

- ☐ Sí, es de alto costo (Recuerde adjuntar Síntesis o Informe Social)
- ☒ No es de alto costo

Si es una franquicia de alto costo, indicar si es para el Hospital clínico, o Clínica Psiquiátrica

- ☐ Hospital Clínico



Clínica Psiquiátrica (CPU)

Porcentaje de cobertura sugerido (Incluya observaciones en caso de ser necesario) *

100(estudiante no puede cancelar prestación)

Fecha de solicitud *

DD MM AAAA

10 / 06 / 2022

Archivos para completar la solicitud

Todos los documentos que sean relevantes para la evaluación, deben ser incluidos en esta sección (Ordenes médicas, presupuestos, Síntesis o Informe Social, formulario Foces, etc.).

Adjunte archivos para realizar la solicitud de franquicia. *

Archivos enviados



Foces Katherine quijada - Paulo César Lara.pdf



Katherine Quijada presupuesto y orden medica - Paulo César Lara.pdf

10/6/22, 12:36

Correo de Universidad de Chile - Formulario para solicitud de franquicias médicas y dentales.

[Crear tu propio Formulario de Google](#)

[Denunciar abuso](#)