

Formulario para solicitud de franquicias médicas y dentales.

2 mensajes

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

22 de noviembre de 2023, 12:51

Para: paulo.lara@uchile.cl

Google Forms

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

Esto es lo que se recibió.

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 *

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

Información de estudiantes

Datos personales de estudiante que requiere franquicia médica o dental

Nombre completo estudiante *

Yeimy Chavarría Santis

Rut estudiante (Sin puntos y con guión) *

21128367K

Edad estudiante (Sólo números) *

20

Correo electrónico estudiante *

yeimysantis7@gmail.com

Número de contacto estudiante *

56957916920

Carrera *

PSICOLOGÍA

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) *

Fecha de solicitud *

DD MM AAAA

22 / 11 / 2023

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



20231109_170341 - Yeimy Chavarría - Paulo César Lara Latorre.jpg



1-Resumen FOCES Yeimy Chavarria Santis - Paulo César Lara Latorre.pdf

Crea tu propio formulario de Google

Notificar uso inadecuado

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

Para: paulo.lara@uchile.cl

22 de noviembre de 2023, 13:17

Google Forms

[El texto citado está oculto]

[El texto citado está oculto]

carmen gloria neira

[El texto citado está oculto]

[El texto citado está oculto]

Archivos enviados



1-Resumen FOCES Yeimy Chavarria Santis - Paulo Cesar Lara Latorre.pdf



yeimi chavarria presupuestos - Paulo Cesar Lara Latorre.pdf

[El texto citado está oculto]