

**INFORME ESTADO DE SALUD DE PERSONAS BAJO EL CUIDADO DEL/DE LA BECARIO/A
SUBDIRECCIÓN CAPITAL HUMANO
ANID**

NOTA: Lo registrado en la declaración de salud constituye un antecedente que respalda el estado de salud de las personas que están bajo el cuidado del/de la becario/a, como parte del análisis de algún requerimiento solicitado por el/la mismo/a. Por esta razón, debe ser llenado de forma completa, correcta y veraz para emitir la resolución que corresponda. La fidelidad de lo registrado en este formulario es de exclusiva responsabilidad del interesado y del médico tratante, por lo tanto, esta declaración debe ser llenada, los puntos a y b por el/la becario/a, y los puntos c, d y e, por el médico tratante.

A. ANTECEDENTES DEL/DE LA BECARIO/A Y LA PERSONA BAJO SU CUIDADO (*)	
NOMBRE BECARIO/A (*)	
RUT (*)	
NOMBRE PERSONA BAJO CUIDADO DEL/DE LA BECARIO/A	
RUT PERSONA BAJO CUIDADO DEL/DE LA BECARIO	
CORREO ELECTRÓNICO (*)	
TELÉFONO CONTACTO (*)	
DIRECCIÓN ACTUAL (*)	
CIUDAD / PAÍS (*)	
UNIVERSIDAD (*)	
PROGRAMA DE ESTUDIO (*)	

B. SUSCRIPCIÓN DE LA DECLARACIÓN DE SALUD (*)	
<p>Confirmando el contenido de la presente declaración de salud, expreso la veracidad de lo indicado en ella, y que el médico tratante completó la información del diagnóstico de salud.</p> <p>Faculto a la Subdirección de Capital Humano Avanzado para utilizar esta información, con el exclusivo objeto de evaluar la procedencia de modificaciones a las condiciones de la beca, en el análisis de la solicitud que he requerido.</p>	
<p>Firma del/de la interesado/a (*) (Becario/a)</p>	<p>Fecha (DD-MM-AAAA) (*) (Becario/a)</p>

C. ANTECEDENTES DEL MÉDICO TRATANTE (*)	
NOMBRE MÉDICO (*)	
RUT MÉDICO (SOLO PARA MÉDICOS QUE EJERCEN EN CHILE)	
INSTITUCION DE SALUD TRATANTE (*)	
CORREO ELECTRÓNICO MÉDICO TRATANTE (*)	
TELÉFONO CONTACTO MÉDICO TRATANTE (*)	

D. DIGNÓSTICO MÉDICO (*)	
<p>Por favor lea y complete en forma precisa las preguntas de este listado, consignando la o las enfermedades, patologías o condiciones de salud según el diagnóstico médico que usted haya realizado al paciente, detallando si impide el desarrollo de actividades académicas del/de la becario/a que es responsable de su cuidado, indicando la fecha de diagnóstico, su estado actual y el tiempo estimado de recuperación. Este listado es sólo referencial, de modo que, si el paciente ha tenido otra enfermedad no indicada aquí, por favor declararla en la opción 18. Otra.</p>	
TIPOLOGIA DEL DIGNÓSTICO MÉDICO (marque la/s enfermedad/es diagnosticada/s)	
1) Enfermedad mental o psiquiátrica o del comportamiento	
2) Enfermedad del sistema nervioso	
3) Enfermedad del sistema respiratorio	
4) Enfermedad del corazón y sistema circulatorio	
5) Enfermedad del sistema digestivo	
6) Enfermedad ginecológica y de las mamas	
7) Enfermedad renal o del sistema genitourinario	
8) Enfermedad reumatológica o del sistema osteo-muscular	
9) Enfermedad de la sangre o del sistema hematopoyético	
10) Enfermedad endocrina, nutricional y metabólica	
11) Tumor y/o enfermedad oncológica	
12) Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	
13) Enfermedad del oído, nariz y garganta	
14) Enfermedad ocular	
15) Enfermedad infecciosa y parasitaria	
16) Enfermedad del embarazo, parto o puerperio	
17) Traumatismo, accidente y quemadura	
18) Otra (detalle):	
DIGNÓSTICO MÉDICO ESPECIFICO (*) (por favor, detalle el diagnóstico con letra legible)	
Fecha del diagnóstico (DD-MM-AAAA) (*):	

SITUACIÓN DE SALUD DE LA PERSAONA BAJO EL CUIDADO DEL/DE LA BECARIO/A, IMPIDE EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS (*) (marque la alternativa)	SÍ IMPIDE	NO IMPIDE
INDIQUE EL PERIODO EN QUE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA PERSONA BAJO EL CUIDADO DEL/DE LA BECARIO/A IMPIDE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS (*) (ingrese las fechas exactas)	DESDE (DD/MM/AAAA):	HASTA (DD/MM/AAAA):
FECHA ESTIMADA DE RECUPERACIÓN O ALTA MÉDICA (*) (indicar periodo y fecha detallada, DD/MM/AAAA)		
¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO POR ESTA MISMA CAUSA ANTES? (*) (indicar periodo y fecha detallada, DD/MM/AAAA)		

E. DECLARACIÓN MÉDICO TRATANTE (*)	
COMENTARIOS IMPORTANTES RESPECTO AL DIAGNÓSTICO QUE USTED DESEE AGREGAR	
Revisada la declaración de salud en forma completa, no existe nada más que informar.	
Firma y timbre del Médico tratante (*)	Fecha (DD-MM-AAAA) (*)