

INFORME ESTADO DE SALUD
SUBDIRECCIÓN CAPITAL HUMANO AVANZADO
ANID

NOTA: Lo registrado en la declaración de salud constituye un antecedente que respalda el estado de salud del/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 responsabilidad del interesado y del médico tratante que emite el informe. Los puntos a y b deben ser completado por el/la becario/a, y los puntos c, d y e, por el médico tratante.

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

B. SUSCRIPCIÓN DE LA DECLARACIÓN DE SALUD (*)	
Confirmo 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. 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.	
Firma del/de la interesado/a (*) (Becario/a)	Fecha (DD-MM-AAAA) (*) (Becario/a)

C. ANTECEDENTES DEL MÉDICO TRATANTE (*)	
NOMBRE MÉDICO (*)	
RUT MÉDICO (*)	
INSTITUCIÓN DE SALUD TRATANTE (*)	
CORREO ELECTRÓNICO MÉDICO TRATANTE (*)	
TELÉFONO CONTACTO MÉDICO TRATANTE (*)	

D. DIAGNÓSTICO MÉDICO (*)	
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 la fecha del diagnóstico, si impide el desarrollo de las actividades académicas, 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.	
TIPOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO 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):	
DIAGNÓSTICO MÉDICO ESPECÍFICO (*) (por favor, detalle el diagnóstico con letra legible)	
Fecha del diagnóstico (DD-MM-AAAA) (*):	

SITUACIÓN DE SALUD, IMPIDE EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS (*) (marque la alternativa)	SÍ IMPIDE	NO IMPIDE
INDIQUE EL PERIODO EN QUE LA SITUACIÓN DE SALUD 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) (*)