# INFORME ESTADO DE SALUD DE PERSONAS BAJO EL CUIDADO DEL/DE LA BECARIO/A

**PROGRAMA FORMACIÓN DE CAPITAL HUMANO**

**ANID**

NOTA: Lo registrado en la declaración de salud cumple el objetivo de permitir al programa de becas de ANID, evaluar 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, el llenado completo, correcto y veraz de este informe tiene como fin aportar, respaldar y confluir en una resolución adecuada y pertinente.

La fidelidad de lo registrado en este formulario es de exclusiva responsabilidad del interesado, por lo tanto, esta declaración debe ser llenada, en el punto a y b por el/la becario/a, y en el punto c y d, por el médico tratante.

|  |  |
| --- | --- |
| **A. ANTECEDENTES DEL/LA BECARIO/A** | |
| NOMBRE BECARIO/A\* | |
| NOMBRE PERSONA BAJO CUIDADO DEL BECARIO/A\* | |
| R.U.T BECARIO/A.\* | R.U.T. PERSONA BAJO EL CUIDADO BECARIO/A\* |
| DIRECCION ACTUAL BECARIO/A\* | |
| TELEFONO CONTACTO BECARIO/A \* | CIUDAD/PAÍS BECARIO/A \* |
| PROGRAMA DE ESTUDIO BECARIO/A \* | |
| UNIVERSIDAD BECARIO/A \* | |

**B. SUSCRIPCION DE LA DECLARACIÓN DE SALUD\***

Confirmo el contenido de la presente declaración de salud y expreso la veracidad de lo indicado en ella, habiéndola

revisado completamente.

Faculto al Programa Formación de Capital Humano para utilizar esta información, con el exclusivo objeto de evaluar el estado de salud de las personas que se encuentran bajo mi cuidado, en el análisis de la solicitud que he requerido.

Firma del Interesado

(Becario/a)

Fecha de puño y letra del interesado

(Becario/a)

|  |  |
| --- | --- |
| **B. ANTECEDENTES DEL MEDICO TRATANTE\*** | |
| NOMBRE MEDICO Y INSTITUCION DE SALUD TRATANTE\* | |
| TELEFONO CONTACTO MEDICO TRATANTE\* | E-MAIL MEDICO TRATANTE\* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C. DIAGNOSTICO MEDICO\*** | | |
| **IMPORTANTE**  FAVOR LEA Y COMPLETE EN FORMA PRECISA LAS PREGUNTAS DE ESTE LISTADO, CONSIGNANDO LA O LAS ENFERMEDADES, PATOLOGÍAS O CONDICIONES DE SALUD SEGÚN EL DIAGNOSTICO MÉDICO QUE USTED HAYA REALIZADO AL PACIENTE, DETALLANDO EL TRATAMIENTO, SI HA REQUERIDO HOSPITALIZACIÓN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, INDICANDO LA FECHA DE DIAGNÓSTICO Y SU ESTADO ACTUAL, SU TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACION Y DADO DE ALTA.  ESTE LISTADO ES SÓLO REFERENCIAL, DE MODO QUE SI EL PACIENTE HA TENIDO OTRA ENFERMEDAD NO INDICADA AQUÍ, FAVOR DECLARARLA IGUALMENTE. | | |
| **TIPOLOGIA DEL DIAGNOSTICO MÉDICO** (marque la o las enfermedades diagnosticadas) | | |
| 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 enfermedad (detallar) |  |
| **DIAGNOSTICO MEDICO ESPECIFICO** (Por favor, detalle el diagnóstico médico del paciente)\* | | |
|  | | |
| FECHA DEL DIAGNOSTICO\*: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿REQUIERE INTERVENCION QUIRURGICA? | SI | | | NO | | | |
| LA INTERVENCION QUIRURGICA ES : | AMBULATORIA | | | PROLONGADA | | | |
| FECHA APROXIMADA DE LA INTERVENCION QUIRUGICA | | | | | | | |
| ¿EL PACIENTE REQUIERE REPOSO? | NO | REPOSO PARCIAL | | | | | REPOSO ABSOLUTO |
| PERIODO REPOSO | DESDE  (dd/mm/aa | | | | HASTA (dd/mm/aa) | | |
| ¿REQUIERE LICENCIA MÉDICA?\* | NO | PARCIAL | | | | | TOTAL |
| PERIODO DE LA LICENCIA MEDICA (SI REQUIRE LICENCIA DEBE INDICAR PERIODO): | DESDE  (dd/mm/aa) | | | HASTA (dd/mm/aa) | | | |
| ¿EN QUE MEDIDA LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA PERSONA BAJO EL CUIDADO DEL/DE LA BECARIO/A IMPIDE EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES ACADÉMICAS?\* | NO IMPIDE | | PARCIALMENTE | | | TOTALMENTE | |
| INDIQUE EL PERIODO EN QUE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA PERSONA BAJO EL CUIDADO DEL/DE LA BECARIO/A IMPIDE EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES ACADÉMICAS\* | DESDE  (dd/mm/aa) | | | | HASTA (dd/mm/aa) | | |
| FECHA ESTIMADA DE RECUPERACION O ALTA MEDICA DEL PACIENTE:(Indicar periodo y detallar fecha) | | | | | | | |
| ¿ EL PACIENTE HA ESTADO EN TRATAMIENTO POR ESTA MISMA CAUSA ANTES? (Indicar y detallar fecha) | | | | | | | |
| ¿ EL PACIENTE HA TENIDO LICENCIAS MEDICAS ANTERIORES POR EL MISMO DIAGNOSTICO? (Indicar y detallar periodo) | | | | | | | |
| ¿EL PACIENTE HA TENIDO HOSPITALIZACIONES ANTERIORES POR EL MISMO DIAGNOSTICO? (Indicar y detallar periodo) | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **D. DECLARACIÓN MEDICO TRATANTE\*** |
| COMENTARIOS IMPORTANTES RESPECTO AL DIAGNÓSTICO QUE UD. DESEE AGREGAR: |
| Revisada la declaración de salud en forma completa, no existe nada más que informar.  Firma y timbre del Médico Tratante Institución: Hospital/Clínica Fecha |