



**Comisión Nacional de Investigación
Científica y Tecnológica - CONICYT**

**INFORME ESTADO DE SALUD
PROGRAMA FORMACIÓN DE CAPITAL HUMANO AVANZADO
CONICYT**

NOTA: Lo registrado en la declaración de salud cumple el objetivo de permitir al programa formación de capital humano avanzado de Conicyt, evaluar el estado de salud del/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*	
R.U.T.*	E-MAIL*
DIRECCION ACTUAL*	
TELEFONO CONTACTO*	CIUDAD/PAÍS*
PROGRAMA DE ESTUDIO*	
UNIVERSIDAD*	

B. SUSCRIPCION DE LA DECLARACIÓN DE SALUD*	
<p>Confirmo el contenido de la presente declaración de salud y expreso la veracidad de lo indicado en ella, habiéndola revisado completamente.</p> <p>Faculto al Programa Formación de Capital Humano Avanzado para utilizar esta información, con el exclusivo objeto de evaluar debidamente mi estado de salud, en el análisis de la solicitud que he requerido.</p>	
<p>Firma del Interesado (Becario/a)</p>	<p>Fecha de puño y letra del interesado (Becario/a)</p>

*Campo obligatorio

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

C. DIAGNOSTICO MEDICO*	
IMPORTANTE	
<p>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.</p> <p>ESTE LISTADO ES SÓLO REFERENCIAL, DE MODO QUE SI EL PACIENTE HA TENIDO OTRA ENFERMEDAD NO INDICADA AQUÍ, FAVOR DECLARARLA IGUALMENTE.</p>	
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 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	SI	NO
LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ES :	AMBULATORIA	PROLONGADA
FECHA APROXIMADA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		
¿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 MÉDICA (SI REQUIERE LICENCIA DEBE INDICAR PERIODO):	DESDE (dd/mm/aa)	HASTA (dd/mm/aa)
¿EN QUE MEDIDA LA SITUACIÓN DE SALUD IMPIDE DESARROLLO DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS?*	NO IMPIDE	PARCIALMENTE TOTALMENTE
INDIQUE EL PERIODO EN QUE LA SITUACIÓN DE SALUD IMPIDE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS*	DESDE (dd/mm/aa)	HASTA (dd/mm/aa)
FECHA ESTIMADA DE RECUPERACIÓN O ALTA MÉDICA: <u>(Indicar periodo y detallar fecha)</u>		
¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO POR ESTA MISMA CAUSA ANTES? <u>(Indicar y detallar fecha)</u>		
¿HA TENIDO LICENCIAS MÉDICAS ANTERIORES POR EL MISMO DIAGNÓSTICO? <u>(Indicar y detallar periodo)</u>		
¿HA TENIDO HOSPITALIZACIONES ANTERIORES POR EL MISMO DIAGNÓSTICO? <u>(Indicar y detallar periodo)</u>		

D. DECLARACIÓN MÉDICO 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/Clinica

Fecha