## CERTIFICADO DE DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD O TRASTORNO

Informo a continuación que la/el paciente (nombres y apellidos completos): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

perteneciente al RUT o IPE N.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presenta discapacidad/trastorno que paso a detallar a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| **Detalle de la discapacidad/trastorno que presenta** | **Observaciones / Consideraciones adicionales que complementan el diagnóstico/trastorno** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del/la profesional:  |   |
| N.° Rut del/la profesional: |   |
| N.° Registro Nacional de Prestadores de Salud |   |
| N.° Registro Profesionales para la evaluación y diagnóstico MINEDUC: |  |
| Correo electrónico del/la profesional: |   |
| Firma del/la profesional: |   |

Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_.