



**Dirección Técnica de Salud
Gerencia Prestaciones de Salud
Evaluación de Incapacidad**

**CONVALIDACIÓN
DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE DOWN
Ley 20.130 Artículo 175**

LOCALIDAD		FECHA:	
------------------	--	---------------	--

DATOS DEL USUARIO:

C.I.			
1er APELLIDO		2do APELLIDO	
1er NOMBRE		2do NOMBRE	
TELÉFONO		CELULAR	
DOMICILIO		DOMICILIO ELECTRÓNICO CONSTITUIDO	

- Cédula de identidad del titular (vigente y en buen estado).
- El presente formulario junto con informe del médico tratante.

De ser necesario podrá ampliarse la solicitud de documentación.

.....
Firma del titular o representante

.....
Firma de funcionario/a

**CONVALIDACIÓN
DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE DOWN
Ley 20.130 Artículo 175**

INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

El presente informe será utilizado como insumo por los técnicos de BPS para convalidar el diagnóstico Síndrome de Down.

LOCALIDAD		FECHA	
------------------	--	--------------	--

DATOS DEL USUARIO:

C.I.			
1er APELLIDO		2do APELLIDO	
1er NOMBRE		2do NOMBRE	

Diagnóstico:

Antecedentes relacionados al Sd. De Down:

Estudios realizados para confirmación al momento del diagnóstico:

Otros elementos a considerar:

.....
Firma y sello de médico tratante