

## 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:	

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