

ANEXO: POSTULACIÓN MEDICAMENTOS O FORMULA LACTEA

Si la solicitud es de Medicamentos o Fórmula Láctea, indicar nombre del medicamento recetado, gramos, número de comprimidos que debe ser suministrado por el paciente, cada cuánto tiempo debe consumir (horas) y permanecía (15 días, cantidad de meses o permanente)

Ejemplo: Paracetamol 500 Gr, 1 comprimido cada 12 horas por 6 meses. / Similac 1, 250 ml al día por 6 meses.

Nombre de Medicamento o Formula Láctea	Dosis diaria que consume	Costo unitario	Costo mensual	*Cuanto solicita de aporte
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

Recordar agregar documentación respaldatoria médica. En este caso, la Receta Médica emitida por el médico tratante del paciente, con indicación de medicamentos o formula láctea con su **dosis, frecuencia y permanencia**. (Ej.: Paracetamol 500 mg, 2 comprimidos al día, permanente / Similac 1, 250 ml al día por 6 meses.)

DOCUMENTOS QUE DEBE REMITIR JUNTO A LA FICHA DE POSTULACION Y ANEXO.

<p>MEDICAMENTOS O FORMULA LACTEA</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Certificado Médico que incluya Diagnostico. <u>-Documento no puede superar los 20 días hábiles de emisión-</u>✓ Receta Médica con indicación de medicamentos o formula láctea con su DOSIS, FRECUENCIA Y PERMANENCIA (Ej.: Paracetamol 500 mg, 2 comprimidos al día, permanente) <u>-Documento no puede superar los 20 días hábiles de emisión-</u>✓ Cotización de medicamentos o formula láctea que solicita.
---	---

Una vez completado los documentos (Ficha y Anexo) se deben enviar en formato Word o PDF al correo social@corporaciondeayuda.cl junto con documentación respaldatoria solicitada.

Si se logra determinar que toda o parte de la documentación que Ud. acompañó a la presente postulación del Fondo Solidario de Salud no corresponde a su realidad y/o a la de su familia, dichos antecedentes serán remitidos a la Comisión de Ética de la Corporación de Ayuda a la Familia de Carabineros de Chile, con tal que ésta evalúe las eventuales sanciones que pudieran ser aplicadas al socio solidario.

En caso de mantener alguna duda y/o consulta para completar ficha o proceso de postulación, pueden comunicarse con el área Social de la Corporación de Ayuda a la Familia de Carabineros, al número telefónico del Servicio Social de Lunes a Jueves de 08.00 am a 17.30 pm y Viernes de 08.00 am a 16.30 pm.

  **+569 77661241**