# Postulación Mediante Admisión Equidad

1. **Identificación Estudiante:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Completo** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RUT** |  | **Fecha Nacimiento** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Teléfono** |  | **Correo** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Carrera** |  |

1. **Antecedentes Médicos y Funcionales:**

*(Puede marcar más de una)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Discapacidad** | **Física / Motora** |  |
| **Sensorial Visual** |  |
| **Sensorial Auditiva** |  |
| **Mental – Psíquica** |  |
| **Mental – Intelectual** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnóstico asociado a la discapacidad** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Otros diagnósticos** | |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Tratamiento**  *(breve descripción de los tratamientos que está recibiendo)* |
|  |

|  |
| --- |
| **Descripción estado funcional** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Utiliza ayudas técnicas** | *Si* |  | *No* |  |
| **Cuáles** |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

1. **Datos de especialista que emite informe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RUT** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº registro** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Correo electrónico** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Teléfono** |  |