



FORMULARIO POSTULACION ASIGNACION FAMILIAR DUPLO

(DFL N° 150/81 Y SU REGLAMENTO)

FOLIO N°	
FECHA INICIO TRÁMITE	
FECHA RECEPCIÓN COMPIN	

IDENTIFICACION CAUSANTE ASIGNACIÓN FAMILIAR

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
CEDULA DE IDENTIDAD		FECHA NACIMIENTO	EDAD	ESCOLARIDAD
DOMICILIO			COMUNA	
IDENTIFICACION BENEFICIARIO ASIGNACION FAMILIAR				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
CEDULA DE IDENTIDAD		RELACIÓN DE PARENTEZCO		
DOMICILIO			COMUNA	
DIAGNOSTICO PRESENTADO POR				
		1 NEUROLOGO 2 PSIQUIATRA 3 CIRUJANO 4 PEDIATRA 5 GENETISTA 6 OTRO		
NOMBRE MEDICO TRATANTE	ESPECIALIDAD	INSTITUCION	FIRMA Y TIMBRE	

EVALUACION MÉDICA

DIAGNÓSTICO:	SI		NO	
	ADJUNTA EXAMENES			
ANAMNESIS				

DETALLE EXAMENES Y ANTECEDENTES MEDICOS QUE SE ADJUNTAN

ADJUNTA

EXAMENES CLINICOS O DE LABORATORIO PERTINENTES
CERTIFICADO DE RESIDENCIA
CERTIFICADO DE NACIMIENTO PARA ASIGNACIÓN FAMILIAR
CERTIFICADO DE AUTORIZACIÓN DE CARGA
FOTOCOPIA CEDULA DE IDENTIDAD DE BENEFICIARIO Y CAUSANTE
OTROS:



USO EXCLUSIVO COMPIN			
CONTRALORÍA MEDICA			
Fecha Envío		Fecha. Dev. Secretaria	
Nombre Medico Contralor		Firma Timbre	
Diagnóstico			
Por lo anterior el medico (a) contralor (a) declara			
Igual o superior a 2/3			
Inferior a 2/3			
Requiere nuevos exámenes		¿Cuáles?	
Rechazada			
DICTAMEN COMISIÓN			
Región	Fecha Sesión	N° Acta	Resolución N°
Dictamen			
De acuerdo a la información reunida y exámenes practicados , pueden establecerse las siguientes conclusiones:			
Diagnósticos		Códigos	
Se dictamina que el grado de incapacidad e invalidez es de:		Igual o superior a 2/3	
		Inferior a 2/3	
		Se rechaza	
Por lo tanto se concluye que:			
Don(a)			
Comuna		Cédula de Identidad N°	
REUNE		NO REUNE	
		el requisito de incapacidad e invalidez para optar a beneficio de:	

SECRETARIA COMPIN

V°B° MEDICO CONTRALOR

PRESIDENTE DE LA COMISION DE MEDICINA PREVENTIVA E INVALIDEZ