

**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 AL FORMULARIO SOCIAL.

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

Una vez completado el formulario se debe enviar en formato Word o PDF al correo [social@corporaciondeayuda.cl](mailto: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 Viernes de 08.00 am a 17.30 pm.



**+569 77661241**