

MEDDERM FOUNDATION

Formulario de Evaluación Socioeconómica y Médica

La presente evaluación tiene como finalidad analizar cada caso de forma individual para determinar el nivel de apoyo parcial o total que puede brindar MedDerm Foundation en procedimientos dermatológicos seleccionados.

1. DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos: _____

Cédula/Pasaporte: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Edad: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Ciudad de residencia: _____

Dirección: _____

2. INFORMACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA

Ocupación actual: _____

Lugar de trabajo: _____

Tipo de empleo: Empleo fijo / Ocasional / Independiente / Estudiante / Desempleado

Ingreso mensual aproximado:

- Menor a \$300
- \$300 – \$600
- \$600 – \$1000
- \$1000 – \$2000
- Mayor a \$2000

Personas que dependen económicamente de usted: _____

¿Recibe apoyo económico externo? Sí / No

3. INFORMACIÓN MÉDICA

Motivo principal de consulta: _____

Tiempo de evolución del problema dermatológico: _____

¿Ha recibido tratamiento previamente? Sí / No

¿El problema afecta su calidad de vida, trabajo, autoestima o relaciones sociales?

4. SOLICITUD DE APOYO

Procedimiento o tratamiento solicitado: _____

¿Por qué considera que requiere apoyo de MedDerm Foundation?

5. DOCUMENTOS DE RESPALDO

Rol de pagos / Certificado laboral / Historia clínica / Fotografías clínicas / Exámenes complementarios

DECLARACIÓN:

Declaro que la información proporcionada es verídica y autorizo su revisión únicamente con fines de evaluación médica y socioeconómica por parte de MedDerm Foundation.

Firma del paciente: _____

La aprobación de apoyo parcial o total dependerá de la evaluación médica, disponibilidad de campañas y criterios internos de MedDerm Foundation.