

FORMULARIO ÚNICO VALORACIÓN DE SALUD

*El uso de este formulario por parte del profesional de la salud, es opcional.
(Complete los antecedentes requeridos con letra clara y legible)*



IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE		
Nombres y Apellidos		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Sexo <input type="checkbox"/> RUN
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad (en años y meses)	Nacionalidad Lengua familia de origen Lengua que usa habitualmente
MOTIVO DE CONSULTA		
<input checked="" type="checkbox"/> VALORACIÓN GENERAL DE SALUD <input type="checkbox"/> VALORACIÓN DISCAPACIDAD O DÉFICIT, asociado a:		
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO		
Nombres y Apellidos		Rut
Especialidad		Procedencia: <input type="checkbox"/> Salud pública <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro:
Fono/E-mail contacto	Fecha evaluación	Fecha reevaluación
VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL ESTUDIANTE		
Presencia/ausencia de patologías o dificultades de salud que incidan en o expliquen sus necesidades educativas especiales, por ejemplo bronquitis crónica, problemas sensoriales, etc.		
DIAGNÓSTICO (Presencia de un trastorno o discapacidad)		
Considere especificaciones del grado y etiología del déficit y pronóstico.		
INDICACIONES		
Señale tratamiento médico, necesidades de interconsulta, exámenes o ayudas técnicas, cuando sea el caso, u otras recomendaciones u observaciones relevantes para el/la estudiante en función de su diagnóstico.		

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL

LOS DATOS DE ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADA POR LA LEY