*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** | | | | | | | | | | | | |
| {nombre\_est} | | | | | | | **F** | | **M** | {run\_est} | | |
| Nombres y Apellidos | | | | | | | Sexo | | | RUN | | |
| {fecha\_nac} | {edad\_est} | | | | {nacio\_est} | {lge\_orig\_est} | | | | | {lge\_uso\_est} | |
| Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa) | Edad (*en años y meses*) | | | | Nacionalidad | Lengua familia de origen | | | | | Lengua que usa habitualmente | |
| **MOTIVO DE CONSULTA** | | | | | | | | | | | | |
| VALORACIÓN GENERAL DE SALUD | | VALORACIÓN DISCAPACIDAD O DÉFICIT, asociado a: | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |  |
| Nombres y Apellidos | | | | | | | | Rut | | | | Nº Registro Profesional |
|  | | | | Procedencia:  Salud pública  Particular  Escuela  Otro: | | | | | | | | |
| Especialidad | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |
| 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**