

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombres y Apellidos			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		RUN
			SEXO		
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad (en años y meses)	Nacionalidad	ESPAÑOL Lengua familia de origen		ESPAÑOL Lengua que usa habitualmente

MOTIVO DE CONSULTA

<input checked="" type="checkbox"/>	EXAMEN GENERAL DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD O DEFICIT, senale cual
-------------------------------------	-------------------------	--------------------------	--

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO

Nombres y Apellidos		Rut	Nº Registro Profesional
Especialidad	Procedencia: <input type="checkbox"/> Salud pública <input type="checkbox"/> Particular <input checked="" type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro:		
CONTACTO@CARDIOHOME.CL		Fecha evaluación	Fecha reevaluación
Fono / E-Mail Contacto			

EXAMEN 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, deficit o discapacidad)

Considere especificaciones del grado y etiología del déficit y pronóstico

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO COMPLEMENTARIO

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.

DERIVACIONES

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL

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