



Ley 20.201 – Decreto 170/2010
Evaluación Diagnóstica Integral Necesidades Educativas Especiales
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		F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	RUN						
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 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 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.										
ANTECEDENTES PERINATALES:										
<input type="checkbox"/>	CESÁREA	<input type="checkbox"/>	A TÉRMINO	OBS:						
<input type="checkbox"/>	VAGINAL	<input type="checkbox"/>	PREMATURO							
DSM:										
<input type="checkbox"/>	LOGRADO ACORDE A LA EDAD	<input type="checkbox"/>	RETRASO DEL LENGUAJE	<input type="checkbox"/> RETRASO GENERALIZADO DEL DESARROLLO						
OBS:										
VACUNAS:										
<input type="checkbox"/>	ESQUEMA COMPLETO	<input type="checkbox"/>	ESQUEMA INCOMPLETO	OBS:						
ALERGIAS:										
<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	OBS:						
ANTECEDENTES PERSONALES										
OBS:										
HOSPITALIZACIONES/CIRUGIAS:										
<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	OBS:						
VISIÓN										
<input type="checkbox"/>	SIN ALTERACIÓN	<input type="checkbox"/>	VICIOS DE REFRACCIÓN	OBS:						
AUDICIÓN										
<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	TAPÓN DE CERUMEN	<input type="checkbox"/> HIPOACUSIA						
SALUD BUCODENTAL										
<input type="checkbox"/>	CARIES	<input type="checkbox"/>	APIÑAMIENTO DENTAL	<input type="checkbox"/> RETENCIÓN DENTAL						
<input type="checkbox"/>	SIN HALLAZGOS	<input type="checkbox"/>	FRENILLO LINGUAL	<input type="checkbox"/> HIPERTROFIA AMIGDALINA						
Altura: <input type="text" value="150 cm"/>										
<input type="text" value="41,6 - 56,0"/>										
<table border="1"><thead><tr><th>Peso</th><th>I.M.C</th><th>Clasificación</th></tr></thead><tbody><tr><td>70 kg</td><td>31,1</td><td>Obesidad de tipo I</td></tr></tbody></table>					Peso	I.M.C	Clasificación	70 kg	31,1	Obesidad de tipo I
Peso	I.M.C	Clasificación								
70 kg	31,1	Obesidad de tipo I								
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.										
REQUIERE RECIBIR APOYO DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN ESCOLAR										
DERIVACIONES										

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL