



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	M	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 checked="" type="checkbox"/> EXAMEN GENERAL DE SALUD		<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD O DEFICIT, senale cual		
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO				
ADRIANA LUGO PEREZ Nombres y Apellidos		14.692.266-K Rut	62598 Nº Registro Profesional	
MEDICINA FAMILIAR Especialidad		Procedencia: <input type="checkbox"/> Salud pública <input type="checkbox"/> Particular <input checked="" type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro:		
contacto@cardiohome.cl Fono / E-Mail Contacto		Fecha evaluación	Fecha reevaluación	

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:	
	VAGINAL	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:	NO	SI	OBS:	
VISIÓN	SIN ALTERACIÓN	VICIOS DE REFRACCIÓN	OBS:	
AUDICIÓN	NORMAL	TAPÓN DE CERUMEN	HIPOACUSIA	
SALUD BUCODENTAL	CARIES	APIÑAMIENTO DENTAL	RETENCIÓN DENTAL	
	<input type="checkbox"/> SIN HALLAZGOS	FRENILLO LINGUAL	HIPERTROFIA AMIGDALINA	
Altura:				
Peso	I.M.C	Clasificación		

DIAGNÓSTICO (Presencia de un trastorno, déficit 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