



Ley 20.201 – Decreto170/2010
Evaluación Diagnóstica Integral Necesidades Educativas Especiales
FORMULARIO ÚNICO VALORACION 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"/>	SEXO
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"/> EXAMEN GENERAL DE SALUD		<input checked="" type="checkbox"/> DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD O DEFICIT, senale cual		
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO				
YETZALIA CRESPO		26370455-K		537427
Nombres y Apellidos		Rut		Nº Registro Profesional
NEUROLOGIA PEDIATRICA		Procedencia:		
Especialidad		<input type="checkbox"/> Salud pública <input type="checkbox"/> Particular <input checked="" type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro:		
CONTACTO@CARDIOHOME.CL		Fecha evaluación		
Fono / E-Mail Contacto		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.				
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 APOYO EDUCADORA DIFERENCIAL Y PSICOLOGÍA				
DERIVACIONES				

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL