



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