



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)

<b>IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE</b>				
Nombres y Apellidos		F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	RUN
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)		Edad (en años y meses)		Nacionalidad
		Lengua familia de origen		Lengua que usa habitualmente
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> EXAMEN GENERAL DE SALUD		<input checked="" type="checkbox"/> DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD O DEFICIT, senale cual		
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO</b>				
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				
Fono / E-Mail Contacto		Fecha evaluación		Fecha reevaluación
<b>EXAMEN DEL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL ESTUDIANTE</b>				
Presencia/ausencia de patologías o dificultades de salud que incidan en o expliquen sus necesidades educativas especiales, por ejemplo bronquitis crónica, problemas sensoriales, etc.				
<b>DIAGNÓSTICO</b> (Presencia de un trastorno, deficit o discapacidad)				
Considere especificaciones del grado y etiología del déficit y pronóstico				
<b>DIAGNÓSTICO</b>				
<b>DIAGNÓSTICO COMPLEMENTARIO</b>				
<b>INDICACIONES</b>				
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				
<b>DERIVACIONES</b>				

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL