



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)

<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	ESPAÑOL Lengua familia de origen	ESPAÑOL Lengua que usa habitualmente
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> EXAMEN GENERAL DE SALUD		<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD O DEFICIT, senale cual		
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO</b>				
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

<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.				
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/CIRUGÍAS:	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:	<input type="text"/>			
	Peso	I.M.C	Clasificación	

<b>DIAGNÓSTICO</b> (Presencia de un trastorno, déficit 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	
<b>DERIVACIONES</b>	

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL