



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
		SEXO		
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				
YETZALIA CRESPO Nombres y Apellidos		26370455-K Rut	537427 Nº Registro Profesional	
NEUROLOGIA PEDIATRICA 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.				
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 CON EDUCADORA DIFERENCIAL Y PSICOLOGIA				
DERIVACIONES				

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL