

FORMULARIO ÚNICO DE EVALUACIÓN 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
			GÉNERO	
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad (en años y meses)	Nacionalidad	Lengua familia de origen	Lengua que usa habitualmente
MOTIVO DE CONSULTA				
<input type="checkbox"/> EXAMEN GENERAL DE SALUD		<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD O DÉFICIT, señale cual:		
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO				
Nombres y Apellidos		Rut	N° Registro Profesional	
Especialidad	Procedencia: <input type="checkbox"/> Salud pública <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro:			
Fono/E-mail contacto	Fecha evaluación	Fecha reevaluación		
EXÁMEN 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, déficit o discapacidad)				
Considere especificaciones del grado y etiología del déficit y pronóstico.				
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.				

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL