

**VALORACION DE SALUD**

Nombre Completo Profesional: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

PARTICULAR \_\_\_\_\_ PÚBLICO \_\_\_\_\_

Certifica haber atendido a (nombre completo del niño/a)

\_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_.

Quien presenta estado de salud general en buenas condiciones y de descarta la presencia de patologías, tales como déficit auditivo, discapacidad intelectual, malformación de los órganos de la fonación, síndromes genéticos, trastornos motores, psicopatológicos, etc. Que estén provocando su trastorno de lenguaje.

Se extiende el presente certificado para hacer efectiva la matrícula del alumno/a en la Escuela de Lenguaje Vainilla y con eso dar cumplimiento al Proceso de Evaluación Diagnóstica Integral.

Fecha Evaluación: \_\_\_\_\_

Peso:

Talla:



\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE

N° REGISTRO SECREDOC PROFESIONAL: \_\_\_\_\_