

**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"/>
			Sexo	
			RUN	
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"/> VALORACIÓN GENERAL DE SALUD		<input type="checkbox"/> VALORACIÓN DISCAPACIDAD O DÉFICIT, asociado a:		
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO				
Nombres y Apellidos		Rut		Nº 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		
VALORACIÓN 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				
<b>( Presencia de un trastorno o discapacidad)</b>				
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**