



FORMULARIO DE INTERCONSULTA

(Cuando el/la estudiante requiere evaluación complementaria de otro/a especialista del ámbito de la salud)

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE										
Nombres			Apellido paterno		Apellido materno		Sexo		RUN	
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)		Edad (en años y meses)		Nacionalidad		Lengua familia de origen		Lengua que usa habitualmente:		
Dirección del estudiante (calle, block, N°)				Comuna		Ciudad		Región		
Madre/Padre/Tutor/Alumno(a) responsable:				Fono contacto		E-mail contacto				
Establecimiento educacional				Curso / Nivel		<input type="checkbox"/> Programa Integración Escolar(PIE)		<input type="checkbox"/> Escuela especial/NEE permanente		<input type="checkbox"/> Escuela Especial de Lenguaje
Dirección (calle, N°)				Comuna		Fono contacto		E-mail contacto		

MOTIVO DE LA INTERCONSULTA	
<p>Se requiere información adicional para:</p> <p>descartar <input type="checkbox"/> precisar <input type="checkbox"/> complementar <input type="checkbox"/></p> <p>el diagnóstico o la reevaluación de Necesidades Educativas Especiales en el/la estudiante.</p> <p>Pregunta a la que se quiere responder con la interconsulta:</p> <p>Profesional que deriva:</p>	<p>Señale los antecedentes y/o documentos que se adjuntan:</p> <p><input type="checkbox"/> Anamnesis</p> <p><input type="checkbox"/> Entrevista a la familia</p> <p><input type="checkbox"/> Observación en la escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Examen de salud</p> <p>Informe(s):</p> <p><input type="checkbox"/> escolar</p> <p><input type="checkbox"/> social</p> <p><input type="checkbox"/> neurológico</p> <p><input type="checkbox"/> psicológico</p> <p><input type="checkbox"/> fonoaudiológico</p> <p><input type="checkbox"/> Otro(s) (especificar)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

RESULTADOS DE LA INTERCONSULTA	Fecha recepción
<p>Síntesis de la evaluación:</p> <p>Indicaciones y/o sugerencias para el apoyo al estudiante:</p>	

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL QUE EVALÚA (Declara no ser inhábil de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 9° del DFL N° 2/1998 del Ministerio de Educación)					
Nombre del profesional			Rut		Registro profesional
Especialidad		Procedencia: <input type="checkbox"/> salud pública <input type="checkbox"/> particular <input type="checkbox"/> otro			Teléfono contacto
Fecha evaluación		Requiere nuevo control	SI NO	Fecha	Firma profesional