

## FORMULARIO SOLICITUD EVALUACIÓN DIFERENCIADA

Para solicitar evaluación diferenciada, complete correctamente el siguiente formulario, y con ello, adjunte informe psicopedagógico vigente y/o certificado del profesional externo tratante del estudiante.

### 1. IDENTIFICACIÓN

Nombre:			
RUN:		Nacionalidad:	
F. Nacimiento:		Edad cronológica: años, meses.	
Curso:		Fecha solicitud:	
Domicilio:		Comuna:	
Fono:		Correo electrónico:	
Apoderado:			

### 2. ANTECEDENTES ESCOLARES (Marque con una "X", según corresponda)

	Sí	No	Especificar
Asistió a Pre-Kinder.			¿Dónde?
Asistió a Escuela de Lenguaje.			¿Cuál?
Ha reprobado cursos.			¿Cuáles?
Cuenta con apoyo pedagógico externo			¿Con qué frecuencia?

Responda las siguientes preguntas	
Ingresa al ILS a cursar:	
Promedio general semestre anterior:	
Promedio Lenguaje semestre anterior:	
Promedio Matemática semestre anterior:	
Promedio Inglés semestre anterior:	

### 3. DIAGNOSTICO DEL ESTUDIANTE. (Marque con una "X", según corresponda)

N.E.E. Transitorias	
Trastorno del desarrollo del lenguaje expresivo.	
Trastorno del desarrollo del lenguaje comprensivo.	
Trastorno del desarrollo del lenguaje mixto.	
Trastorno de déficit atencional con hiperactividad.	
Trastorno de déficit atencional de predominio inatento.	
Trastorno de déficit atencional mixto/combinado.	
Dificultades específicas del aprendizaje del cálculo.	
Dificultades específicas del aprendizaje de la lectura.	
Dificultades específicas del aprendizaje de la lectura y escritura.	
C.I en el rango limítrofe	

N.E.E. Permanentes	
Trastorno espectro Autista.	
Discapacidad auditiva	
Discapacidad visual	
Discapacidad intelectual	
Discapacidad motora	
Multidéficit	

**4. APOYOS EXTERNOS** (Marque con una "X", según corresponda)

	Sí	No	
Cuenta con apoyo psicológico externo.			¿Con qué frecuencia? _____
Cuenta con apoyo fonoaudiológico externo.			¿Con qué frecuencia? _____
Cuenta con apoyo psicopedagógico externo.			¿Con qué frecuencia? _____
Cuenta con apoyo de terapeutas externo.			¿Con qué frecuencia? _____
Otros			¿Quién/quienes? _____

**5. INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL ESTUDIANTE**

- Recibirá apoyo farmacológico: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cuál o cuáles? (dosis) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ¿Requiere supervisión para medicación en horario escolar? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Realizará control o reevaluación por el especialista en el mes de : \_\_\_\_\_
- El tratamiento indicado rige desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**COMPROMISO DEL APODERADO**

Yo, \_\_\_\_\_,  
apoderado(a) del alumno \_\_\_\_\_ del curso  
\_\_\_\_\_ de Enseñanza \_\_\_\_\_, me comprometo a apoyar a mi hijo y acoger las  
orientaciones dadas desde los profesionales del colegio en relación a:

1.- Mantener el (o los) tratamiento(s) y/o medidas de apoyo: (especificar cuáles)

---

---

---

---

---

2.- Entregar certificado(s) de diagnóstico, controles y estados de avance, a más tardar el último día hábil de los meses de:

marzo	julio	noviembre
-------	-------	-----------

Los certificados deben estipular la **asistencia** regular del tratamiento, los **avances logrados** hasta la fecha y la **necesidad de mantener la evaluación diferenciada**, con sugerencias para tal efecto.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Apoderado

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma jefa de UTP

Santiago \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ de 2018

**Nota: De no presentar dichos certificados en las fechas estipuladas, o no cumplir con la mantención de los tratamientos y apoyos, el colegio asumirá que se encuentra de alta y se procederá a suprimir indicación de Evaluación Diferenciada.**