

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 DEL ESTUDIANTE

| | |
|----------------|--------------------------------|
| 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 | |
|--|--|
| Ingresó 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.**