

FORMULARIO ÚNICO DE EVALUACIÓN 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 <u>Nicolás Ruiz Ceseña</u>		F ☐ M ☐	GÉNERO	
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)		Edad (en años y meses)	Nacionalidad	Lengua familia de origen
Lengua que usa habitualmente		RUN		
MOTIVO DE CONSULTA				
☐ EXAMEN GENERAL DE SALUD		☒ DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD O DÉFICIT, señale cual:		
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO				
Nombres y Apellidos <u>Dra. Marta Saldaña Peñaloza</u>		Rut <u>7897260-2</u>	Nº Registro Profesional <u>32382</u>	
Especialidad <u>Neurología Pediátrica y Adolescencia</u>		Procedencia: ☒ Salud pública ☐ Particular ☐ Escuela ☐ Otro:		
Fono/E-mail contacto <u>572409653</u>	Fecha evaluación <u>23 2 / 26</u>	Fecha reevaluación		

EXÁMEN 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

(Presencia de un trastorno, déficit o discapacidad)

Considere especificaciones del grado y etiología del déficit y pronóstico.

TEA I
DAIA: Desregulación emocional
DAI de la
Tr del sueño

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.

PIE 2026 y pendiente
Evaluación de función: Dado no tipo
Dpto oral

Dra. Marta Saldaña Peñaloza
7.897.260-2
Neurología Infantil

LOS DATOS DE ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES, SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADA POR LEY

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL



Informe Biomédico Funcional

Este informe debe ser elaborado y firmado por un profesional de salud o educación, según corresponda. Todos los campos son de llenado obligatorio

I. Datos de Identificación del usuario(a):

Apellidos	MONJOE CEBALLOS		
Nombre	NIBALDO		
Rut	20769451-7	Fecha Nac.	1-10-2019

II. Antecedentes biomédicos y funcionales del usuario(a):

Causa Discapacidad	☐ Física	☐ Sensorial Visual	☐ Sensorial Auditiva
	☒ Mental / psíquica	☐ Mental / Intelectual	

(Puede marcar una o más de una causa)

Diagnósticos asociados a la causa de discapacidad:

- TEA	- DRA
-------	-------

Otros diagnósticos:

- Disruptivos Emocionales	- TV Suave
---------------------------	------------

Fuente: ficha clínica o médico tratante

Breve historia de la condición de salud del usuario(a) (data de la condición de salud, evolución, tratamiento, rehabilitación, etc.):

Sin problema

Medicamentos indicados al usuario(a)

Netil Kados - Peritoneo

Descripción del estado funcional del usuario(a)

Poco dependiente en ADL

Atenciones o intervenciones recibidas en el sistema de salud y/o educativo (tratamiento, programa de salud, rehabilitación, otro)

--

Usuario(a) requiere ayuda técnica ¹	☐ Si	☒ No
Cuál o cuáles:		

Usuario(a) usa ayuda técnica	☐ Si	☐ No
Cuál o cuáles:		

III. Contacto profesionales tratantes en la red de salud

Nombre y apellido	Profesión	Rut	Teléfono

IV. Datos de identificación del profesional informante:

Nombre completo	Dra. Marta Saldaña Peña		
Profesión	Neóloga Neurológica	Rut	7897260-2
Institución	Instituto de la Epilepsia		
Correo electrónico			
Teléfono	4094833	Fecha informe	12-2-2016

Dra. Marta Saldaña Peña
7.897.260-2
Neurología Infantil
FIRMA Y TIMBRE

¹ Se entiende como cualquier producto externo (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricado especialmente o ampliamente disponible, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la independencia y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar. Estos productos se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias. Existen ayudas técnicas para audición y comunicación (audífonos, amplificadores, tablas de comunicación, otros), visuales (lentes, lupa, bastones de orientación, otros), para movilidad (bastones, silla ruedas, andadores, otros), posicionamiento (sitting, cojines, otros), higiene (barras de apoyo, lavapelo, elevador de WC, otros), vestuario (calzador, abotonador, otros), alimentación (plato con reborde, sondas, otros), órtesis (estabilizadoras, dinámicas, cervicales, SEC, otras), prótesis, respiradores (CPAP, otros), equipos de orientación, otros.



Informe Biomédico Funcional

Este informe debe ser elaborado y firmado por un profesional de salud o educación, según corresponda. Todos los campos son de llenado obligatorio

I. Datos de Identificación del usuario(a):

Apellidos	ROJAS Cesalvo		
Nombre	REGAN		
Rut	27.169.942	Fecha Nac.	27-12-19

II. Antecedentes biomédicos y funcionales del usuario(a):

Causa Discapacidad	☐ Física	☐ Sensorial Visual	☐ Sensorial Auditiva
	☐ Mental / psíquica	☒ Mental / Intelectual	

(Puede marcar una o más de una causa)

Diagnósticos asociados a la causa de discapacidad:	
TEA 3	TEA Nivel Severo
Otros diagnósticos:	
PIA IV con Trastorno	Disregulación Emocional

Fuente: ficha clínica o médico tratante

Breve historia de la condición de salud del usuario(a) (data de la condición de salud, evolución, tratamiento, rehabilitación, etc.):
Se le diagnosticó a los 2 años

Medicamentos indicados al usuario(a)
Sentel - Quebec - Paracetamol

Descripción del estado funcional del usuario(a)
Dependiente en AVD

Atenciones o intervenciones recibidas en el sistema de salud y/o educativo (tratamiento, programa de salud, rehabilitación, otro)



Usuario(a) requiere ayuda técnica ¹	☐ Si	☒ No
Cuál o cuáles:		

Usuario(a) usa ayuda técnica	☐ Si	☒ No
Cuál o cuáles:		

III. Contacto profesionales tratantes en la red de salud

Nombre y apellido	Profesión	Rut	Teléfono

IV. Datos de identificación del profesional informante:

Nombre completo	Marta Saldarña Peñaloz		
Profesión	Medico Neuro	Rut	7897260-2
Institución	Instituto de Rehabilitación		
Correo electrónico			
Teléfono	417052	Fecha informe	23 2 26

Marta Saldarña Peñaloz
7.897.260-2
Neurología Infantil

FIRMA Y TIMBRE

¹ Se entiende como cualquier producto externo (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricado especialmente o ampliamente disponible, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la independencia y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar. Estos productos se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias. Existen ayudas técnicas para audición y comunicación (audífonos, amplificadores, tablas de comunicación, otros), visuales (lentes, lupa, bastones de orientación, otros) para movilidad (bastones, silla ruedas, andadores, otros), posicionamiento



Evaluación Diagnóstica Integral Necesidades Educativas Especiales. Decreto 170/2010

FORMULARIO ÚNICO DE EVALUACIÓN 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 <i>Megan Noja Celis</i>		GÉNERO F ☐ M ☐		RUN
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad (en años y meses)	Nacionalidad	Lengua familia de origen	Lengua que usa habitualmente
MOTIVO DE CONSULTA				
☐ EXAMEN GENERAL DE SALUD		☒ DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD O DÉFICIT, señale cual:		
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO				
Nombres y Apellidos <i>Dra. Marta Saldaña Peñaloza</i>		Rut <i>7897260-2</i>	N° Registro Profesional <i>32382</i>	
Especialidad <i>Neurología Pediátrica y Adolescencia</i>		Procedencia: ☒ Salud pública ☐ Particular ☐ Escuela ☐ Otro:		
Fono/E-mail contacto <i>572409653</i>	Fecha evaluación <i>23 / 2 / 26</i>	Fecha reevaluación		

EXÁMEN 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 (Presencia de un trastorno, déficit o discapacidad) Considere especificaciones del grado y etiología del déficit y pronóstico. <i>TDA 3°</i> <i>ADHD leve</i> <i>Trastorno de ansiedad</i> <i>Dra 1er - Epilepsia</i> <i>Desarrollo con retraso</i>
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. <i>Escuela 9er 2026</i>

Dra. Marta Saldaña Peñaloza
7.897.260-2
Neurología Infantil

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL

LOS DATOS DE ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES. SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADO POR LEY