



**INFORME SOLICITUD DE EVALUACION DIFERENCIADA**  
(ESPECIALISTA TRATANTE)

**IDENTIFICACIÓN:**

<b>Nombre completo del/la estudiante</b>	<b>R.U.T.</b>

<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Edad</b>

<b>Curso</b>	<b>Profesor/a Jefe/a</b>	<b>Nombre del Profesional, email o número de contacto.</b>	<b>Fecha de la Evaluación</b>

**ESPECIALIDAD:**

<b>Psicopedagogía</b>		<b>Educación Diferencial</b>	
<b>Psicología</b>		<b>Fonoaudiología</b>	
<b>Psiquiatría</b>		<b>Neurología</b>	
<b>Terapia Ocupacional</b>		<b>Otro (especificar)</b>	

**MOTIVO DE CONSULTA:**

--

**OBSERVACIÓN CONDUCTUAL:**

**PRUEBAS APLICADAS SEGÚN ESPECIALIDAD:**

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:**

**DIAGNÓSTICO:**

**SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA:**

**IMPLICACIÓN PARA EL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE:**

**SUGERENCIAS EDUCATIVAS (METODOLÓGICAS) y/o de EVALUACIÓN:**

**TRATAMIENTO INDICADO:**

Temporal		Permanente	
Medicamentos			

**Especificar tratamiento médico:**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE**  
**FIRMA, RUT Y TIMBRE DEL ESPECIALISTA**

**FECHA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_