



INFORME SOLICITUD DE EVALUACION DIFERENCIADA
(ESPECIALISTA TRATANTE)

IDENTIFICACIÓN:

Nombre completo del/la estudiante	R.U.T.

Fecha de nacimiento	Edad

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

ESPECIALIDAD:

Psicopedagogía		Educación Diferencial	
Psicología		Fonoaudiología	
Psiquiatría		Neurología	
Terapia Ocupacional		Otro (especificar)	

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: ____ / ____ / ____