



FORMULARIO DE SOLICITUD EVALUACIÓN DIFERENCIADA 2019

Señor Especialista: Le agradeceremos completar los ítems señalados a continuación y entregar al (a la) apoderado(a) para ser presentado en el colegio.

Nombre del Estudiante : _____

Fecha de Nacimiento : _____

Curso : _____

Especialista : _____

Especialidad : _____

Registro SECREDUD : _____

Registro MINSAL : _____

Teléfono y/o mail : _____

Fecha de Reporte : _____

Diagnóstico del Estudiante:

Tratamiento que aplica o administra (fármacos, terapias u otros):

Subsector de aprendizaje en el que solicita Evaluación Diferenciada (evitar términos ambiguos como por ejemplo "evaluación diferenciada global o general"):

Razones para solicitar Evaluación Diferenciada:

Período solicitado de Evaluación Diferenciada:

Períodos de reevaluación por el especialista tratante:

Si el diagnóstico está asociado a otras dificultades de aprendizaje, se solicita realizar la derivación pertinente a otro especialista para complementar el diagnóstico y tratamiento del alumno, al no realizarse puede ser motivo de rechazo de la solicitud. Indicar el especialista a derivar y por qué:

En caso de que el estudiante esté en continuación de tratamiento, responder los siguientes ítems:

Inicio del tratamiento:

Indique la frecuencia del trabajo establecido y exprese en porcentaje la asistencia del estudiante a las sesiones y/o controles:

Describa el nivel de compromiso familiar que usted observa en el proceso, considerando el apoyo a la asistencia de controles, seguimiento de indicaciones, entre otros.

Facilitadores / obstaculizadores detectados en el proceso:

Sugerencias a nivel de aula

Firma y timbre (obligatorio)



FORMULARIO DE SOLICITUD EXIMICIÓN DE ASIGNATURA 2019

Señor Especialista: Le agradeceremos completar los ítems señalados a continuación y entregar al (a la) apoderado(a) para ser presentado en el colegio.

Nombre del Estudiante : _____

Fecha de Nacimiento : _____

Curso : _____

Especialista : _____

Especialidad : _____

Registro SECREUD : _____

Registro MINSAL : _____

Teléfono y/o mail : _____

Fecha de Reporte : _____

Diagnóstico del Estudiante:

Tratamiento que aplica o administra (fármacos, terapias u otros):

Subsector de aprendizaje en el que solicita Eximición. Justifique su petición

Período solicitado de Eximición:

Períodos de reevaluación por el especialista tratante:

Firma y timbre (obligatorio)