

**FORMULARIO ÚNICO VALORACIÓN 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			F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
			Sexo	
			RUN	
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad (en años y meses)	Nacionalidad	Lengua familia de origen	Lengua que usa habitualmente
MOTIVO DE CONSULTA				
<input type="checkbox"/> VALORACIÓN GENERAL DE SALUD		<input type="checkbox"/> VALORACIÓN DISCAPACIDAD O DÉFICIT, asociado a:		
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO				
Nombres y Apellidos			Rut	Nº Registro Profesional
Especialidad		Procedencia: <input type="checkbox"/> Salud pública <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro:		
Fono/E-mail contacto	Fecha evaluación	Fecha reevaluación		
VALORACIÓN 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 o discapacidad)				
Considere especificaciones del grado y etiología del déficit y pronóstico.				
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.				

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL



Compromiso de Apoderados para la Valoración de Salud (VGS)
Programa de Integración Escolar (**PIE**)

Por medio del presente, en mi calidad de apoderado de la estudiante _____, me comprometo a realizar las gestiones necesarias para que nuestro hijo/a sea sometido/a a la valoración de salud requerida para su ingreso y participación en el Programa de Integración Escolar. Entendemos que esta evaluación es fundamental para identificar sus necesidades específicas y garantizar el apoyo adecuado en su proceso educativo.

Nos comprometemos a proporcionar la documentación y los informes médicos necesarios en los plazos estipulados, colaborando activamente con el establecimiento educacional y con los profesionales PIE que intervienen en este proceso. Asimismo, asumimos la responsabilidad de seguir las recomendaciones derivadas de la valoración, en beneficio del bienestar y desarrollo integral de nuestro hijo/a.

Firma del apoderado/a: _____

Fecha: _____