**FORMULARIO ÚNICO VALORACIÓN DE SALUD 2025**

1. **IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** |  | **R.U.N** |  |
| **FECHA DE NAC.** |  | **EDAD** |  | **NACIONALIDAD** |  |
| **LENGUA FAMILIAR DE ORIGEN**  |  | **LENGUA QUE USA HABITUALMENTE**  |  |
| **MOTIVO DE CONSULTA** | Valoración general de salud |

1. **IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL MEDICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** |  | **R.U.N** |  |
| **N° REGISTRO PROFESIONAL** |  | **ESPECIALIDAD** |  | **FONO** |  |
| **FECHA DE EVALAUCIÓN.** |  |  |

|  |
| --- |
| **VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL ESTUDIANTE.:** *Presencia y/ o usencia de patologías de salud que incidan en o que expliquen sus necesidades educativas especiales, por ejemplo bronquitis cónica, problemas sensoriales, etc.* |
|  |
| **DIAGNÓSTICO :** *Presencia de un trastorno o discapacidad (Consideres especificaciones del grado y etiología del déficit y pronostico)* |
|  |
| **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 diagnostico.* |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PTIMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL**