



**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)