

**FORMULARIO ÚNICO SÍNTESIS EVALUACIÓN DE INGRESO - TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE**

Este Formulario debe contener la **síntesis** del proceso de evaluación diagnóstica integral realizado al estudiante con NEE, y sus resultados. Debe ser completado por un profesional responsable del establecimiento educacional y adjuntar la evidencia de las evaluaciones realizadas.

I.- SÍNTESIS GENERAL DE EVALUACIÓN ESTUDIANTE CON NEE											
1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN											
A) DEL ESTUDIANTE											
Nombres y Apellidos						F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	RUN			
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)		Edad (en años y meses)		Nacionalidad		Idioma/lengua en que se comunica					
Dirección del estudiante (calle, block, N°)				Comuna		Ciudad		Región			
Curso ingreso al establecimiento		Curso Actual		Participación anterior en PIE <input type="checkbox"/>		Beneficiario Ley SEP <input type="checkbox"/>					
				Participación anterior en Escuela de Lenguaje <input type="checkbox"/>		Beneficiario JUNAEB <input type="checkbox"/>					
¿La familia usa lengua distinta al castellano?		NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		Si marcó SI, señale dominio del castellano		<input type="checkbox"/> comprende <input type="checkbox"/> lee <input type="checkbox"/> usa señas <input type="checkbox"/> habla <input type="checkbox"/> escribe <input type="checkbox"/> no comprende			
B) DEL ESTABLECIMIENTO											
Nombre del Establecimiento				Tipo dependencia:		RBD					
				Opción educativa: <input type="checkbox"/> Escuela Especial Lenguaje <input type="checkbox"/> PIE							
Dirección (calle, N°)				Comuna		Ciudad		Región			
Nombre Director/a				Fono / E-mail contacto			Firma Director/a				
C.- DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES											
Profesional responsable del proceso de evaluación integral al estudiante.							Fecha registro:				
Nombres y Apellidos				Profesión/ Especialidad			RUN				
Cargo en el establecimiento educacional			Fono contacto		E-mail contacto		Firma del profesional				
Profesionales que han participado en el proceso de evaluación diagnóstica integral											
Profesionales (Nombre completo)		Profesión/ Especialidad/ Cargo			Fono/E-mail			Registro profesional			
Evaluación diagnóstica integral solicitada por : <input type="checkbox"/> escuela <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> servicio de salud <input type="checkbox"/> otro (especifique)											
2.- SÍNTESIS DIAGNÓSTICA DE NEE											
A) DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO ASOCIADO A LAS NEE (Señale el diagnóstico emitido para el/la estudiante):											
<input type="checkbox"/> Trastorno Especifico del Lenguaje (TEL) expresivo <input type="checkbox"/> Trastorno Especifico del Lenguaje (TEL) mixto						Fecha emisión diagnóstico					
<input type="checkbox"/> No cumple criterios para TEL (Señale hipótesis diagnóstica y sugerencias, abajo, en observaciones)						Fecha consentimiento familia					
B) SITUACIÓN ACTUAL DEL NIÑO/A CON NEE											
Señale antecedentes relevantes del desarrollo del niño/a y de su situación actual recogidos en la anamnesis):											
Fortalezas personales y contextuales con que cuenta el niño/a para enfrentar su proceso Educativo (Marque lo que corresponda)											
<input type="checkbox"/> Es saludable		<input type="checkbox"/> Respeta normas (acorde a edad)		<input type="checkbox"/> Familia comprometida, brinda apoyo		CONTEXTO SOCIO FAMILIAR					
<input type="checkbox"/> Es vital		<input type="checkbox"/> Se comunica oralmente		<input type="checkbox"/> Comunicación fluida familia-escuela		Su contexto familiar					
<input type="checkbox"/> Es autónomo		<input type="checkbox"/> Solicita ayuda cuando lo requiere		<input type="checkbox"/> Familia estructurada, organizada		Facilita		Dificulta			
<input type="checkbox"/> Es creativo		<input type="checkbox"/> Soluciona problemas prácticos		<input type="checkbox"/> Adecuado clima escolar de aula		<input type="checkbox"/> su aprendizaje		<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Muestra interés		<input type="checkbox"/> Se relaciona con sus pares		<input type="checkbox"/> Buen nivel educacional en la familia		<input type="checkbox"/> su participación		<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Participa		<input type="checkbox"/> Tolerancia frustración (acorde a edad)		<input type="checkbox"/> Escuela con orientación inclusiva		<input type="checkbox"/> la entrega de apoyos		<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Espera su turno		<input type="checkbox"/> Expresa y reconoce emociones		<input type="checkbox"/> Entorno comunitario favorable							
<input type="checkbox"/> Sigue instrucciones		<input type="checkbox"/> Cuida de sí mismo		<input type="checkbox"/> Otro(s) (especificar) :							
<input type="checkbox"/> Describe una situación		<input type="checkbox"/> Asiste con agrado a jardín/escuela									
OBSERVACIONES GENERALES:											
							Facilita			Dificulta	
							<input type="checkbox"/> su aprendizaje		<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/> su participación		<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/> la entrega de apoyos		<input type="checkbox"/>		
3. DOCUMENTOS (EVIDENCIAS) DEL PROCESO DE EVALUACIÓN QUE SE ADJUNTAN A ESTE FORMULARIO									N° documentos		
Informes/ Certificados/ Evaluaciones: <input type="checkbox"/> Anamnesis <input type="checkbox"/> Entrevista a la familia <input type="checkbox"/> Observación en la escuela <input type="checkbox"/> Consentimiento familia											
<input type="checkbox"/> Informe Escolar <input type="checkbox"/> Informe Social <input type="checkbox"/> Ev. Psicológica <input type="checkbox"/> Ev. Fonoaudiológica <input type="checkbox"/> Ev. Pedagógica <input type="checkbox"/> Ev. Psicopedagógica											
<input type="checkbox"/> Examen general de salud <input type="checkbox"/> Examen especializado de salud (señale cuál) <input type="checkbox"/> Otro(s) (especificar):											



RUN estudiante:

II.- PROCESO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIA DE NEET**1. - EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA ESPECIALIZADA - NEET ASOCIADAS A TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL)****A) ANTECEDENTES ESCOLARES Y PEDAGÓGICOS:** Para ser llenado en el establecimiento educacional por equipo de aula y/o profesional(es) que realiza la evaluación psicopedagógica al estudiante. Debe incluir información de diversas fuentes, tales como padres/cuidadores, estudiante, personal escuela, equipo psicosocial u otros.**- Trayectoria Escolar del Estudiante:**

Asistió a jardín infantil <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Edad de ingreso	Niveles educativos cursados por el niño/a:	<input type="checkbox"/> medio menor	<input type="checkbox"/> I Transición (NT1)	<input type="checkbox"/> 1° básico	<input type="checkbox"/> 3° básico
			<input type="checkbox"/> medio mayor	<input type="checkbox"/> II Transición (NT2)	<input type="checkbox"/> 2° básico	<input type="checkbox"/> 4° básico

-Aspectos destacados en su historia educativa anterior (en base a los antecedentes obtenidos durante la evaluación, de la conducta, aprendizaje, participación, relaciones sociales, etc., y las barreras o dificultades que ha debido enfrentar el/la niño/a en el contexto familiar y educativo)

B) DESEMPEÑO ACTUAL**- Desempeño en el Aprendizaje****Curso / Nivel actual:**

Bases Curriculares de la Educación Parvularia	Señale aprendizajes relevantes (curriculares y/o de desarrollo) logrados por el niño o niña -lo que sabe y es capaz de hacer- respecto de los objetivos de aprendizaje para su curso o nivel de referencia.
<ul style="list-style-type: none"> - Formación. Personal social - Comprensión y lenguaje verbal - Relaciones lógico-matemáticas - Relación con el medio social - Relación con el medio natural - Lenguaje artístico 	Señale aprendizajes (curriculares y/o de desarrollo) no logrados o en los que el niño/a presenta dificultades.
Asignaturas (cuando corresponda)	
<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje y comunicación, Matemáticas, Ciencias, Artes, Ed. Física, Otro(s)... 	

-Habilidades para aprender y participar en la sala de clases

Habilidades	Señale logros y dificultades relevantes en el desarrollo de sus habilidades y competencias para aprender y participar en el aula.
<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivas - Comunicativas - Sociales y afectividad - Hábitos de trabajo - Autonomía y cuidado sí mismo - Motricidad - Capacidades senso-perceptivas 	

Señale si se han implementado previamente estrategias u otras medidas de apoyo para ayudar al niño/a a progresar respecto a sus dificultades en el lenguaje. Adjunte antecedentes de evaluaciones o intervenciones previas.

2.- EVALUACIÓN MÉDICA – TEL**Registre** información relevante de **A) o B)**, según corresponda. Incluya las indicaciones y/o recomendaciones centrales de apoyo dadas para el estudiante en el ámbito de la salud. Consigne especialidad(es) médica(s) y fecha en que se recomienda reevaluar al estudiante en el área específica.**A) VALORACIÓN DE SALUD GENERAL DEL ESTUDIANTE**

(Identificación de la presencia/ausencia de patologías y de aspectos tales como: estado nutricional, obesidad, alergias, tabaquismo, ingesta sustancias, etc., que puedan estar condicionando las dificultades de aprendizaje del alumno/a).

B) DIAGNÓSTICO O DESCARTE DEL DÉFICIT, TRASTORNO O CONDICIÓN DE SALUD, según corresponda.

Identificar el déficit o descartarlo, en caso de "sospecha" de que las dificultades del estudiante obedezcan o se potencien, por ejemplo, por una distinta condición física o funcional, tal como un déficit auditivo que genera dificultades de lenguaje, o aparente disminución cognitiva

OBSERVACIONES:



RUN estudiante:

3. EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE TEL		
Nombres y Apellidos		N° Registro Profesional
Profesión/ Especialidad		Fecha evaluación
Procedencia (escuela, u otro)		Fono / E-mail contacto
Marque con una (X) las dificultades principales que presenta el niño/a en su lenguaje:		
<input type="checkbox"/> Incapacidad para utilizar los sonidos del habla	<input type="checkbox"/> Dificultad para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras.	
<input type="checkbox"/> Errores en la producción de palabras	<input type="checkbox"/> Vocabulario limitado	
<input type="checkbox"/> Errores en los tiempos verbales	<input type="checkbox"/> Dificultad en la producción de frases complejas	
<input type="checkbox"/> Dificultad en memorización de palabras	<input type="checkbox"/> Otras (especifique):	
Señale la presencia de otras dificultades de lenguaje asociadas:		
<input type="checkbox"/> Dislalias <input type="checkbox"/> Espasmodia <input type="checkbox"/> Trastorno fonológico <input type="checkbox"/> Otra(s) (especifique):		
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS		
<i>(Marque con una equis (X) si los siguientes criterios diagnósticos están presentes en el/la estudiante)</i>		
<input type="checkbox"/> - Presenta una limitación significativa en su desarrollo del lenguaje oral manifestado en un inicio tardío y un desarrollo lento o desviado del lenguaje.		
<input type="checkbox"/> - La dificultad NO puede explicarse por la presencia en el estudiante de alguno de las siguientes situaciones: déficit sensorial auditivo o motor; discapacidad intelectual, trastornos psicopatológicos; lesión o disfunción cerebral evidente; deprivación socio-afectiva; características lingüísticas de su entorno social, cultural, económico, geográfico y/o étnico.		
<input type="checkbox"/> - La dificultad en el lenguaje interfiere significativamente en el aprendizaje y en la interacción comunicativa.		
Cumple los 3 criterios diagnósticos y existen antecedentes suficientes para afirmar que el niño/a presenta un TEL		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cualitativamente y de acuerdo a sus características, el cuadro de TEL puede considerarse <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> SEVERO		
Aspectos Comprometidos:	<input type="checkbox"/> TEL EXPRESIVO: <input type="checkbox"/> Las puntuaciones obtenidas por el estudiante en la evaluación de su lenguaje expresivo están sustancialmente por debajo de las obtenidas para el desarrollo de su lenguaje receptivo. <input type="checkbox"/> No se cumplen criterios de Trastorno Mixto ni de Trastorno Generalizado del Desarrollo	
<input type="checkbox"/> la articulación <input type="checkbox"/> la expresión (TEL expresivo) <input type="checkbox"/> la comprensión y expresión (TEL mixto)	<input type="checkbox"/> TEL MIXTO: <input type="checkbox"/> Las puntuaciones obtenidas en la evaluación del lenguaje receptivo expresivo están sustancialmente bajo lo esperado para la edad del estudiante. <input type="checkbox"/> No se cumplen criterios de Trastorno Generalizado del Desarrollo.	
PROCEDIMIENTOS Y PRUEBAS APLICADAS		
NIVEL DE LENGUAJE	PRUEBAS APLICADAS	RESULTADOS
Expresivo	<input type="checkbox"/> SCREENING TEST OF SPANISH GRAMMAR de A. Toronto (adapt. U.Chile) <input type="checkbox"/> TEPROSIF-R (adaptación U. de Chile) <input type="checkbox"/> Otra(s):	
Comprensivo	<input type="checkbox"/> TECAL (adaptación U. de Chile) <input type="checkbox"/> SCREENING TEST OF SPANISH GRAMMAR de A.Toronto (adapt. U.Chile) <input type="checkbox"/> Otra(s):	
Pragmático	Señale procedimientos y/o pruebas aplicadas:	
OBSERVACIONES:		
4. OTRAS EVALUACIONES DE ESPECIALISTAS (no médicos) (psicólogo, asistente social, u otro que corresponda)		
Señale otras evaluaciones y/o interconsultas realizadas, para concretar o complementar diagnóstico de TEA. Indique cuál(es):		
<input type="checkbox"/> Evaluación de CI <input type="checkbox"/> Audiometría <input type="checkbox"/> Diagnóstico psicosocial <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica <input type="checkbox"/> Examen visual <input type="checkbox"/> Otra(s) (especificar):		
Registre motivo e información relevante de los resultados de las evaluaciones realizadas.		
OBSERVACIONES:		



RUN estudiante:

III.- APOYOS ESPECIALIZADOS**1. TIPO DE APOYOS ESPECIALIZADOS SUGERIDOS PARA EL/LA ESTUDIANTE CON NEE - TRASTORNO ESPECÍFICO LENGUAJE**

Señale los ámbitos generales en los que el/la estudiante requiere respuestas educativas y/o apoyos especializados:

- lenguaje expresivo lenguaje comprensivo aprendizajes curriculares afectivo social funcionamiento adaptativo autonomía
 funciones cognitivas funciones ejecutivas adaptación social otro(s)

2.- APOYOS PRIORITARIOS PARA FAVORECER EL APRENDIZAJE Y LA PARTICIPACIÓN EN EL CONTEXTO ESCOLAR Y FAMILIAR.

Describa de manera general los apoyos requeridos. Señale quiénes los proveerán (fonoaudiólogo, profesor de educación especial, educador de párvulos, psicólogo, familiares, intérprete lengua de señas, grupo de pares, otros., y en qué contextos: sala de clases, aula de recursos, biblioteca, en el hogar, etc.).

PERSONALES - principales apoyos personalizados complementarios a la función docente.

CURRICULARES – principales adaptaciones curriculares que se requieren para ajustar la respuesta educativa a las NEE que presenta el niño/a: adaptaciones en la evaluación, en la metodología, en las actividades, en los objetivos y contenidos de aprendizaje, etc.

MEDIOS Y RECURSOS MATERIALES – medios y recursos materiales que deberán estar disponibles para favorecer su aprendizaje y la participación: material de enseñanza adaptado o especializado, recursos tecnológicos, equipamientos específicos, sistemas de comunicación alternativo o aumentativo, etc.

ORGANIZATIVOS – principales estrategias organizativas que se implementarán para responder a las NEE: adecuación de los tiempos y espacio; formas de agrupamiento y distribución del alumnado; trabajo colaborativo y tutoría entre pares; apoyos especiales en y fuera del aula, etc.

FAMILIARES – principales apoyos de la familia que el/la estudiante requiere para progresar en la superación de sus dificultades, y OTROS.

Fecha registro apoyos:

TIPO DE APOYO	DESCRIPCIÓN	QUIÉN LO PROVEERÁ	CONTEXTO /PERÍODO
Personal			<input type="checkbox"/> Aula de recursos <input type="checkbox"/> Aula común <input type="checkbox"/> En el hogar <input type="checkbox"/> Otro (especificar):
Curricular			<input type="checkbox"/> Aula común <input type="checkbox"/> Aula de recursos <input type="checkbox"/> Biblioteca <input type="checkbox"/> Otro (especificar):
Medios y recursos materiales y/o tecnológicos			<input type="checkbox"/> Establecimiento <input type="checkbox"/> Aula común <input type="checkbox"/> Aula de recursos <input type="checkbox"/> En el hogar <input type="checkbox"/> Otro (especificar):
Organización y agrupamiento en el aula			<input type="checkbox"/> Aula de recursos <input type="checkbox"/> Aula común <input type="checkbox"/> Patio <input type="checkbox"/> Otro (especificar):
Familiar			<input type="checkbox"/> Aula de recursos <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro (especificar):
Otros (Indicar):			

4

3. Señale las herramientas con que cuenta la familia y los apoyos que necesita para ayudar al estudiante a progresar en sus dificultades.**IV.- OBSERVACIONES GENERALES**

Señale conclusiones, aspectos a destacar, compromisos de la escuela, compromisos con la familia, aspectos importantes a destacar en el informe para la familia, u otros aspectos relevantes que desee dejar consignados.