Evaluación Integral de Necesidades Educativas Especiales. Decreto Supremo Nº 170/2009

FORMULARIO UNICO SINTESIS EVALUACIÓN DE INGRESO - DISCAPACIDAD MÚLTIPLE

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

1-. DATOS DE IDENTIFICACIÓN (*Escriba con letra legible o marque con una equis (x) según corresponda)*

Fecha

A. DEL ESTUDIANTE

Nombres y Apellidos		F ☐ M ☐ Género	RUN
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad (*en años y meses*)	Nacionalidad	Dirección del estudiante (calle, block, Nº)
Comuna	Ciudad	Región	E-mail contacto
Fono contacto	Lengua(s) de uso habitual en la familia, distinta al castellano		
Curso ingreso al establecimiento	Curso Actual	☐ Alumno/a prioritario (Ley SEP) ☐ Alumno beneficiario JUNAEB	

B.- DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del Establecimiento	Tipo dependencia: ☐ Escuela Especial ☐ PIE		RBD
Dirección (calle, Nº)	Comuna	Ciudad	Región
Nombre Director	Fono / E-mail contacto	Firma	

C.- DEL PROFESIONAL/ES RESPONSABLE/S

Profesional responsable del proceso de evaluación integral del estudiante.

Nombres y Apellidos		RUN
Profesión/ Especialidad	Cargo	Fono contacto
E-mail contacto	Firma del profesional	Fecha de registro de la información

Profesionales que han participado en el proceso de evaluación diagnóstica

Profesionales (Nombre completo)	Profesión/ Especialidad/ Cargo	Fono/E-mail	Registro profesional

Evaluación diagnóstica integral solicitada por : ☐ escuela ☐ familia ☐ servicio de salud ☐ otro (especifique)

2.- SINTESIS DIAGNOSTICA

a-. DIAGNÓSTICO (este recuadro puede ser completado por un profesional competente, Art.16/Decreto Nº170. Es necesario adjuntar certificado (s) del (los) profesional (es) de la salud).

☐ **Discapacidad Intelectual** ☐ **Discapacidad Motora** ☐ **Discapacidad Auditiva** ☐ **Discapacidad Visual**	☐ **Disfasia Severa o Trastorno Complejo o Central del Lenguaje** ☐ **Trastorno del Espectro Autista** ☐ **Trastorno Generalizado del Desarrollo** ☐ **Otros:**	Fecha emisión del último diagnóstico médico

Marque con una X los criterios diagnósticos que están presentes en el o la estudiante)

☐ Presenta una combinación de necesidades físicas, médicas y educacionales.
☐ Presenta pérdidas sensoriales, neurológicas y dificultades de movimiento.
☐ Presenta problemas conductuales que impactan de manera significativa en el desarrollo educativo, social y vocacional.

2.1. DOCUMENTOS (EVIDENCIAS) DEL PROCESO DE EVALUACIÓN QUE SE ADJUNTAN A ESTE FORMULARIO

Documentación que se adjunta

☐ Certificado médico neurólogo	☐ Certificado médico otorrino	☐ Anamnesis	☐ Evaluación pedagógica
☐ Certificado médico fisiatra	☐ Certificado fonoaudiológico	☐ Entrevista a la familia	☐ Evaluación psicopedagógica
☐ Certificado médico oftalmólogo	☐ Informe psicológico	☐ Registros de observación	☐ Valoración de salud

☐ Certificado médico otras especialidades (¿Cuáles?) ☐ Consentimiento de la familia

☐ Otro(s) (especificar):

Señale el Nº de documentos que se adjuntan:

ESTE ES UN DOCUMENTO OFICIAL. LOS DATOS CONTENIDOS EN ÉL SON CONFIDENCIALES, SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADA POR LA LEY.

3. RESUMEN PROCESO EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIA

RUN estudiante:

3.1 EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA O PSICOEDUCATIVA

a) ANTECEDENTES RELEVANTES RECOGIDOS DE LA ANAMNESIS

Señale aquella información relevante en el desarrollo del o la estudiante según datos recogidos en la entrevista de Anamnesis.

b) SITUACIÓN ESCOLAR ACTUAL DEL ESTUDIANTE CON NEE (Marque lo que corresponda)

Dificultades más relevantes que presenta el alumno o alumna en su situación escolar actual

Escasos logros de aprendizaje	☐	No participa en el aula	☐	Escaso apoyo familiar	☐
Retraso curricular significativo	☐	Dificultades adaptación social	☐	Vulneración de derechos	☐
Extrema vulnerabilidad social	☐	Problemas de salud	☐	Asistencia irregular	☐

Otra:

c) ANTECEDENTES ESCOLARES Y PEDAGÓGICOS

Para ser llenado en el establecimiento educacional por el 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:

Edad de ingreso al sistema escolar		Asistió a jardín infantil ☐ **Si** ☐ **No**	Ha repetido curso(s) ☐ **Si** ☐ **No**	Curso(s) que ha repetido	(curso /año)	(curso /año)	(curso /año)
Nº de colegios en que ha estudiado		Opción educativa (escuela común, especial, adultos, otra)		Motivo de los cambios			

- Aspectos destacados en su historia educativa

En base a los antecedentes obtenidos durante la evaluación, señale aspectos relevantes de la conducta, rendimiento, participación, relaciones sociales, etc.

d) CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

El contexto familiar del alumno/a

Facilita	Dificulta
☐ su aprendizaje	☐
☐ su participación	☐
☐ la entrega de apoyos	☐

*(Señale las **herramientas con las que cuenta la familia** para apoyar al estudiante)*

El contexto socio-cultural del alumno/a

Facilita	Dificulta
☐ su aprendizaje	☐
☐ su participación	☐
☐ la entrega de apoyos	☐

*(Señale los **apoyos que requiere** la familia para ayudar al estudiante a progresar en sus dificultades)*

2

e) EVALUACIÓN DE OTRAS ESPECIALIDADES (fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, otro) CON FOCO EN LO EDUCATIVO

Nombres y apellidos del profesional que evalúa esta área		Fono / E-mail contacto	
Profesión/ Especialidad	Procedencia (sistema salud, particular, escuela, otro)	Fecha	Firma

Registre información relevante del diagnóstico emitido por el o los especialistas.

Consigne especialidad y fecha en que se recomienda revaluar al estudiante.

EVALUACIÓN DE OTRAS ESPECIALIDADES (fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, otro) CON FOCO EN LO EDUCATIVO

Nombres y apellidos del profesional que evalúa esta área		Fono / E-mail contacto	
Profesión/ Especialidad	Procedencia (sistema salud, particular, escuela, otro)	Fecha	Firma

Registre información relevante del diagnóstico emitido por el o los especialistas.

Consigne especialidad y fecha en que se recomienda revaluar al estudiante.

ESTE ES UN DOCUMENTO OFICIAL. LOS DATOS CONTENIDOS EN ÉL SON CONFIDENCIALES, SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADA POR LA LEY.

4.- EVALUACIÓN ESPECÍFICA O ESPECIALIZADA

RUN estudiante:

A) EVALUACIÓN AREA SENSORIAL (canales sensoriales básicos para la comunicación)

- EVALUACIÓN DE LA VISIÓN

Señale fuentes de información e instrumentos de evaluación utilizados:

☐ Informe o exámenes médicos ☐ Anamnesis ☐ Entrevista a la familia ☐ Observación
☐ Aplicación de instrumento cuáles):

Rango de pérdida visual	☐ Sin déficit ☐ Baja visión ☐ Ceguera	**Señale grados** ***(esta información debe ser entregada por el médico especialista)*** Campo visual No se ha precisado Porcentaje de discapacidad **Señale la fracción:** ***(esta información debe ser entregada por el médico especialista)*** Agudeza visual OD OI No se ha precisado
Pronóstico (en relación a la probabilidad de aumento de la pérdida visual para estudiantes con baja visión)	**Adquisición** ☐ Congénita ☐ Adquirida Edad en que se diagnosticó:	**Causas** ☐ Genéticas ☐ Traumatismos ☐ Diabetes Mellitus ☐ Hipertensión ☐ Perinatales ☐ Fármacos ☐ Otra(s) ☐ Procesos infecciosos

Sus restos visuales le permiten **en el aula**:
☐ Reconocer personas ☐ Trabajar a nivel de escritorio ☐ Reconocer lo escrito en la pizarra ☐ No tiene visión funcional

Su trabajo **en el aula** se optimiza utilizando:
☐ Luz natural directa ☐ Luz natural indirecta ☐ Luz artificial directa ☐ Luz artificial indirecta
☐ Atril de lectura y escritura ☐ Otra(s)

APOYOS ESPECIALIZADOS SUGERIDOS PARA EL ESTUDIANTE

Técnico (esta información debe ser entregada por el médico especialista):
Requiere: ☐ Lentes (Indicar grado) (OD OI) ☐ Otro tipo de ayuda óptica
No se ha precisado

En el aula requiere:
☐ Material en sistema Braille
☐ Apoyo de aparato grabado
☐ Programas de estimulación visual
☐ Material concreto en relieve
☐ Láminas con dibujos en alto contraste
☐ Grosor de lápiz (especificar)
☐ Ubicación preferencial (especificar)
☐ Uso de aparatos tecnológicos adaptados (especificar)
☐ Material en macrotipo (especificar tamaño)

En el establecimiento
Requiere:
☐ Señalética táctil y/o auditiva que indique dependencias, vías de evacuación, información de rutinas escolares
☐ Vías de desplazamiento despejadas
☐ Vías de desplazamiento sin obstáculos en altura
☐ Uso de bastón para su desplazamiento
☐ Apoyo de guía vidente para su desplazamiento
☐ Actividades planificadas para el logro de la autonomía en el ámbito de la vida diaria
☐ Aprendizaje de orientación y movilidad (orientación espacial y uso de bastón)
☐ Otros (especificar):

Para su desplazamiento en exteriores
Requiere: ☐ Apoyo de guía vidente ☐ Bastón ☐ Otro:

Otros apoyos
☐ Profesionales: ☐ Otros de la salud: ☐ De la educación:
☐ Familiares: ☐ Otros (especificar):

OBSERVACIONES:

- EVALUACIÓN DE LA AUDICIÓN

Señale fuentes de información e instrumentos de evaluación utilizados:

☐ Informe o exámenes médicos ☐ Anamnesis ☐ Entrevista a la familia ☐ Observación
☐ Aplicación de instrumento cuáles):

Rango de pérdida auditiva	**OD**	☐ Normal (hasta 20 dB) ☐ Leve (*20 – 40 dB*) ☐ Moderada (*40 – 70 dB*)	☐ Severa (*70 – 90 dB*) ☐ Profunda o sordera (sobre *90 dB*)	Localización ☐ Neurosensorial ☐ Conductiva ☐ Mixta
	OI:	☐ Normal (hasta 20 dB) ☐ Leve (*20 – 40 dB*) ☐ Moderada (*40 – 70 dB*)	☐ Severa (*70 – 90 dB*) ☐ Profunda o sordera (sobre *90 dB*)	

ESTE ES UN DOCUMENTO OFICIAL. LOS DATOS CONTENIDOS EN ÉL SON CONFIDENCIALES, SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADA POR LA LEY.

FORMULARIO UNICO SINTESIS EVALUACIÓN DE INGRESO - DISCAPACIDAD MÚLTIPLE

Adquisición	Causas		RUN estudiante:
☐ Prelocutiva ☐ Postlocutiva Edad de diagnóstico:	**Prenatales** ☐ Genéticas ☐ Adquirida por virus en la madre (Rubéola, Sífilis, etc.) ☐ Drogas ototóxicas en la madre ☐ Malformaciones congénitas ☐ Asociada a algún Síndrome (Especificar) ☐ Otras:	**Perinatales** ☐ Prematuridad ☐ Bajo peso ☐ Anoxia neonatal ☐ Incompatibilidad Rh ☐ Empleo de drogas ototóxicas ☐ Hiperbilirrubinemia ☐ Otras:	**Postnatales** ☐ Meningitis ☐ Ototóxicos ☐ Otitis ☐ Afecciones Virales (sarampión, parotiditis, etc.) ☐ Otoesclerosis ☐ Traumatismos ☐ Otras:

Implementación auditiva utilizada:
☐ Audífonos (OD ☐ OI ☐) ☐ Implante Coclear ☐ Otros:

Frecuencia de uso:
☐ Permanentemente ☐ Sólo en el contexto escolar ☐ Sólo en el hogar ☐ No lo usa

Estado de funcionamiento:

Su audición le permite (con implementación, si la utiliza):
☐ Reconocer sonidos del ambiente
☐ Identificar sonidos del lenguaje oral
☐ Comprender el lenguaje oral
☐ No tiene audición funcional

Su aprendizaje es preferentemente por vía:
☐ Auditiva
☐ Visual
☐ Táctil
☐ Auditiva con ayuda visual
☐ Visual con apoyo auditivo
☐ Táctil con apoyo auditivo

Su estilo de aprendizaje es:
☐ Activo ☐ Intuitivo ☐ Global
☐ Reflexivo ☐ Verbal ☐ Visual
☐ Sensorial ☐ Secuencial

APOYOS ESPECIALIZADOS SUGERIDOS PARA EL ESTUDIANTE

Técnicos (esta información debe ser entregada por el médico especialista):
Requiere: ☐ Audífonos (OD ☐ OI ☐) ☐ Implante Coclear ☐ Equipo FM ☐ Otros:

En el aula
Requiere:
☐ Compañero/a tutor/a
☐ Intérprete o facilitador de Lengua de Señas Chilena
☐ Resumen escrito de los contenidos
☐ Ubicación preferencial (especificar)
☐ Estrategias específicas (señalar):
☐ Otros:

4

En el establecimiento
Requiere: ☐ Señalética visual que indique dependencias, vías de evacuación, información de rutinas escolares (carteles con lenguaje claro y simple, incorporando alfabeto manual o lengua de señas chilena, timbres de luz, etc.)
☐ Talleres de lengua de señas chilena para compañeros, profesores, funcionarios, etc.
☐ Espacios para compartir con sus pares sordos, sordociegos y oyentes

Otros apoyos
☐ Profesionales
☐ Otros de la salud:
☐ De la educación:
☐ Familiares:
☐ Otros (especificar):

OBSERVACIONES

ESTE ES UN DOCUMENTO OFICIAL. LOS DATOS CONTENIDOS EN ÉL SON CONFIDENCIALES, SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADA POR LA LEY.

DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES PARA EL APRENDIZAJE

RUN estudiante:

a-. ÁREA COMUNICACIÓN

Señale fuentes de información e instrumentos de evaluación utilizados:

☐ Anamnesis ☐ Entrevista a la familia ☐ Observación en el contexto escolar (Indicar:)
☐ Aplicación de instrumento (cuáles):

Su nivel expresivo es preferentemente a través de:

☐ Lengua oral ☐ Gestos ☐ Lengua de señas chilena (LSCH)
☐ Lengua oral/ gestos ☐ Lengua oral y lsch ☐ Tablero de comunicación con símbolos pictográficos
☐ Escritura ☐ Lengua de señas táctil ☐ Gestos y sonidos
☐ Otro:

Su nivel receptivo es preferentemente por vía (puede marcar más de una casilla si es necesario:

☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Táctil ☐ Olfativa ☐ Gustativa ☐ Otro:

Su comunicación escrita es preferentemente a través de:

☐ Macrotipo ☐ Símbolos pictográficos ☐ Fotos o imágenes
☐ Braille ☐ Fichas con palabras ☐ No se comunica por esta vía
☐ Escritura convencional ☐ Con puntero en teclado ☐ Otro:

DETERMINACIÓN DE APOYOS

En el aula

Requiere:

☐ Que el docente maneje la forma de comunicación utilizada por el estudiante (lengua de señas, pictogramas, braille, entre otros)
☐ Experiencias de aprendizaje que consideren la etapa y forma de comunicación que presenta el estudiante
☐ Trabajo articulado con la familia para favorecer este ámbito
☐ Otro (señale)

b-. ÁREA COGNITIVA

Nombres y apellidos del profesional que evalúa esta área		Fono / E-mail contacto	
Profesión/ Especialidad	Procedencia (sistema salud, particular, escuela, otro)	Fecha	Firma

Señale fuentes de información e instrumentos de evaluación utilizados:

☐ Anamnesis ☐ Entrevista a la familia ☐ Observación
☐ Aplicación de instrumento (cuáles):

Estilo de aprendizaje:

☐ Activo ☐ Reflexivo ☐ Sensorial ☐ Intuitivo ☐ Otro
☐ Verbal ☐ Secuencial ☐ Global ☐ Visual

Señale las vías preferentes por las cuales explora el medio (puede marcar más de una casilla si es necesario):

☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Táctil ☐ olfativa ☐ gustativa ☐ kinestésica
☐ Otro:

Nivel de desarrollo de habilidades cognitivas

☐ Nomina ☐ Clasifica ☐ Interpreta
☐ Describe ☐ Compara ☐ Generaliza
☐ Retiene y reproduce información ☐ Transfiere o generaliza lo aprendido a otras situaciones
☐ Otro: ☐ Asocia

DETERMINACIÓN DE APOYOS

En el aula

Requiere: ☐ Experiencias de aprendizaje que utilicen diversas vías sensoriales
☐ Adecuación en la cantidad y extensión de información que se entrega
☐ Otorgar mayor tiempo de espera de respuesta
☐ Materiales con diversas texturas, colores y relieves
☐ Otro (señale)

OBSERVACIONES

ESTE ES UN DOCUMENTO OFICIAL. LOS DATOS CONTENIDOS EN ÉL SON CONFIDENCIALES, SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADA POR LA LEY.

c-. ÁREA MOTRIZ

RUN estudiante:

Nombres y apellidos del profesional que evalúa esta área		Fono / E-mail contacto	
Profesión/ Especialidad	Procedencia (sistema salud, particular, escuela, otro)	Fecha	Firma

Señale fuentes de información e instrumentos de evaluación utilizados:

☐ Informe o exámenes médicos ☐ Anamnesis ☐ Entrevista a la familia ☐ Observación
☐ Aplicación de instrumento cuáles):

El o la estudiante presenta:
Compromiso motor:
☐ Espástico ☐ Atetósico ☐ Atáxico ☐ Mixto ☐ hipotónico

Compromiso topográfico:
☐ Hemiparesia (compromiso de un lado del cuerpo) ☐ Diparesia (compromiso de extremidades inferiores)
☐ Tetraparesia (compromiso de las 4 extremidades)

Severidad del compromiso:
☐ Sin compromiso ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐ Grave

Se desplaza preferentemente:
☐ Gateando ☐ Caminando ☐ Con apoyo de bastones (muletas)
☐ Con apoyo de una persona ☐ En silla de ruedas ☐ Otro:

Evaluación funcional de su capacidad motora **(MB**: Muy Bien **B**: Bien **R:** Regular **D**: Deficiente)

___Movilidad ___Desplazamiento ___Manipulación ___Control postural ___ Autonomía

Sus posibilidades motoras le permiten desplazarse:
☐ Solo(a) ☐ Acompañado
☐ Solo/a con apoyos (especificar):

DETERMINACIÓN DE APOYOS

Técnicos:

Requiere:
☐ Bastones ☐ Computador personal ☐ Switch
☐ Silla de ruedas ☐ Puntero cefálico
☐ Otros:

En el aula requiere:
☐ Ubicación preferencial (especificar): ☐ Apoyo pedagógico
☐ Mobiliario escolar adaptado a las necesidades del estudiante ☐ Material adaptado a sus posibilidades motrices
☐ Adaptar altura de tableros, espejos, perchas ☐ Otros:

En el establecimiento requiere:
☐ Rampas de acceso a las distintas dependencias ☐ Baranda escaleras
☐ Lugar adecuado para muda o cateterismo antideslizantes ☐ Ancho de puertas
☐ Baños adaptados ☐ Gomas
☐ Otros:

Otros apoyos
☐ Profesionales: ☐ Otros de la salud: ☐ De la educación:
☐ Familiares:
☐ Otros (especificar):

OBSERVACIONES

ESTE ES UN DOCUMENTO OFICIAL. LOS DATOS CONTENIDOS EN ÉL SON CONFIDENCIALES, SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADA POR LA LEY.

d-. ÁREA ACADÉMICA FUNCIONAL	RUN estudiante:
Asignaturas o Ámbitos de Aprendizaje	***Señale los aprendizajes más relevantes logrados por el/la estudiante (lo que sabe y es capaz de hacer) respecto del currículum del curso al que pertenece.***
Lenguaje y comunicación Matemáticas Ciencias Artes (en el caso de Educación Básica) Otro(s)	
	Registre las dificultades más importantes que presenta en el aprendizaje escolar.
Formación Personal y Social Comunicación Relación con el medio natural y cultural Otro(s) (en el caso de Educación Parvularia)	

7

e-. ÁREA DE DESEMPEÑO PERSONAL Y SOCIAL	
Áreas del Desempeño Personal y Social: **Señale la intensidad de los apoyos que requiere el o la estudiante en las diferentes áreas**: **I**: Intermitente (naturaleza episódica) **L**: Limitado (apoyo intensivo por tiempo limitado) **E:** Extenso (en varios contextos y a la largo plazo) **G**: Generalizado (constante en distintos entornos, con elevada intensidad y a través de la vida)	___ Autocuidado ___ Vida Doméstica ___ Habilidades Sociales ___ Utilización de la Comunidad ___ Autodirección ___ Salud y Seguridad ___ Habilidades Académicas Funcionales ___ Ocio y Tiempo Libre

OBSERVACIONES

ESTE ES UN DOCUMENTO OFICIAL. LOS DATOS CONTENIDOS EN ÉL SON CONFIDENCIALES, SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADA POR LA LEY.

5. APOYOS ESPECIALIZADOS SUGERIDOS PARA EL/LA ESTUDIANTE	RUN estudiante:

Describa de manera general los APOYOS PRIORITARIOS que se requiere implementar para favorecer el aprendizaje y la participación del/la estudiante en el contexto personal y social. *Considere los siguientes tipos de apoyos:*

PERSONALES	***Principales apoyos personalizados complementarios a la función docente****, que requiere el/la estudiante.*
CURRICULARES	***Principales adaptaciones curriculares*** *que se requiere el/la para ajustar la respuesta educativa a las NEE que presenta el/la estudiante: 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, eliminación de barreras arquitectónicas, 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*

TIPO DE APOYO (personal, curricular, medios y recursos materiales y/o tecnológicos, familiar, entre otros)	**DESCRIPCIÓN** (considerando las áreas de desempeño personal y social)	**QUIÉN LO PROVEERÁ** (profesor/a, profesional asistente de la educ., familiar, director, sostenedor, miembro de la comunidad, otro)	**CONTEXTO** (aula de recursos, aula común, patio, hogar, comunidad, otro)

Pruebas/procedimientos aplicados:

- ☐ SIS (adaptación española, 2007)
- ☐ CAP (adaptación española, 1993)
- ☐ Inventario de Destrezas Adaptativas, CALS
- ☐ Instrumento para la Evaluación Funcional Visual y Auditiva Centro Nacional Fernando Centero G. San José, Costa Rica, 2000.
- ☐ Evaluación de Características Físicas de Acceso al Computador (PCA) traducida por Claudia Marimón Rigollet, 1992.
- ☐ Vineland (adapt. chilena, Otero Quiroz, 1959)
- ☐ COACH (Giangreco, Cloninger, 2008)
- ☐ Evaluación funcional de la comunicación (Docto. traducido y adaptado del programa PADD, Helen Keller NY por Elizabeth Camacho H., Costa Rica, 2002).
- ☐ Matriz de comunicación (Oregon Health an Science University. Adaptado por Charity Rowland).
- ☐ Otro(s)(especifique):

Evaluado por:
(Declara no ser inhábil de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 9º del DFL Nº 2/1998 del Ministerio de Educación)

ESTE ES UN DOCUMENTO OFICIAL. LOS DATOS CONTENIDOS EN ÉL SON CONFIDENCIALES, SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADA POR LA LEY.