



Evaluación Integral de Necesidades Educativas Especiales. Decreto Supremo N° 170/2009
FORMULARIO UNICO SINTESIS EVALUACIÓN DE INGRESO – TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

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 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	RUN
				Género		
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad (en años y meses)	Nacionalidad	Dirección del estudiante (calle, block, N°)			
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	<input type="checkbox"/> Alumno/a prioritario (Ley SEP) <input type="checkbox"/> Alumno beneficiario JUNAEB				

B.- DEL ESTABLECIMIENTO					
Nombre del Establecimiento			Tipo dependencia		RBD
Dirección (calle, N°)			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 : <input type="checkbox"/> escuela <input type="checkbox"/> familia <input type="checkbox"/> servicio de salud <input type="checkbox"/> otro (especifique)					

2.- SÍNTESIS DIAGNÓSTICA	
a. DIAGNÓSTICO (este recuadro puede ser completado por un profesional competente, Art.16/Decreto N°170. Es necesario adjuntar certificado (s) del (los) profesional (es) de la salud).	
Marque con una equis (X) el o los diagnóstico(s) emitido(s) para el/la estudiante	
<input type="checkbox"/> Trastorno del Espectro Autista <input type="checkbox"/> Trastorno de Asperger o autismo de alto funcionamiento <input type="checkbox"/> Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	Fecha emisión del último diagnóstico médico

2.1. DOCUMENTOS (EVIDENCIAS) DEL PROCESO DE EVALUACIÓN QUE SE ADJUNTAN A ESTE FORMULARIO			
Documentación que se adjunta			
<input type="checkbox"/> Certificado médico neurólogo	<input type="checkbox"/> Certificado médico otorrino	<input type="checkbox"/> Anamnesis	<input type="checkbox"/> Evaluación pedagógica
<input type="checkbox"/> Certificado médico fisiatra	<input type="checkbox"/> Certificado fonoaudiológico	<input type="checkbox"/> Entrevista a la familia	<input type="checkbox"/> Evaluación psicopedagógica
<input type="checkbox"/> Certificado médico oftalmólogo	<input type="checkbox"/> Informe psicológico	<input type="checkbox"/> Registros de observación	<input type="checkbox"/> Valoración de salud
<input type="checkbox"/> Certificado médico otras especialidades (¿Cuáles?)	<input type="checkbox"/> Consentimiento de la familia		
<input type="checkbox"/> Otro(s) (especificar):	Señale el N° de documentos que se adjuntan:		

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

Retraso curricular significativo	<input type="checkbox"/>	Extrema vulnerabilidad social	<input type="checkbox"/>	Escaso apoyo familiar	<input type="checkbox"/>
Problemas de salud	<input type="checkbox"/>	Asistencia irregular	<input type="checkbox"/>	Vulneración de derechos	<input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ha repetido curso(s) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Curso(s) que ha repetido (curso /año)	(curso /año)	(curso /año)
N° 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	(Señale las herramientas con las que cuenta la familia para apoyar al estudiante)
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"/>
El contexto socio-cultural del alumno/a	(Señale los apoyos que requiere la familia para ayudar al estudiante a progresar en sus dificultades)
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"/>

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 reevaluar 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 reevaluar al estudiante.

4.- EVALUACIÓN ESPECÍFICA O ESPECIALIZADA

a. ÁREA INTERACCIÓN SOCIAL

Señale fuentes de información e instrumentos de evaluación utilizados:

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

Describe el comportamiento del o la estudiante en esta área:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Es pasivo | <input type="checkbox"/> Se aísla | <input type="checkbox"/> Manifiesta fijaciones con algunas personas |
| <input type="checkbox"/> Manifiesta estereotipos | <input type="checkbox"/> Es muy activo | <input type="checkbox"/> Es excesivamente formal |
| <input type="checkbox"/> Manifiesta conductas obsesivas | <input type="checkbox"/> Manifiesta fijaciones con objetos | <input type="checkbox"/> Rechaza contacto físico |
| | <input type="checkbox"/> Manifiesta conductas autoagresivas | <input type="checkbox"/> Manifiesta reacciones agresivas con otros |
| <input type="checkbox"/> Otros (refiérase también a fortalezas) | | |

DETERMINACIÓN DE APOYOS

En el aula

Requiere:

- Actividades que favorezcan el trabajo colaborativo
 Ambientes organizados, estructurados y predecibles.
 Actividades en donde se favorezca el aprendizaje y uso de normas sociales
 Requiere apoyo de un profesional (¿Cuál?)
 Otros (señale)

b. ÁREA LENGUAJE Y 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):

Describe su comunicación verbal y no verbal:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> No se comunica de forma verbal | <input type="checkbox"/> Utiliza entonación anormal | <input type="checkbox"/> Manifiesta inversión pronominal |
| <input type="checkbox"/> Manifiesta ecolalias | <input type="checkbox"/> Persevera en un tópico | <input type="checkbox"/> Utiliza expresión gestual |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener contacto visual | <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener una conversación | <input type="checkbox"/> Señala (indica) lo que quiere |
| <input type="checkbox"/> Ausencia de comunicación no verbal | <input type="checkbox"/> Escasa expresión gestual | <input type="checkbox"/> Llama la atención del adulto |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para iniciar una conversación | | |
| <input type="checkbox"/> Otros (señale) | | |

Describe como el estudiante se desempeña en el nivel semántico – pragmático:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Utiliza palabras | <input type="checkbox"/> Uso de la lengua en un entorno social | <input type="checkbox"/> Dice palabras que no tienen significado |
| <input type="checkbox"/> Utiliza y comprende conceptos abstractos | <input type="checkbox"/> Utiliza mal los pronombres personales | <input type="checkbox"/> Comprende frases |
| <input type="checkbox"/> No entiende bromas | <input type="checkbox"/> Utiliza frases | <input type="checkbox"/> Utiliza y comprende oraciones |
| <input type="checkbox"/> Comprende palabras | <input type="checkbox"/> Entiende lo que se le dice de forma muy literal | |
| <input type="checkbox"/> Otros (señale) | | |

Se expresa preferentemente a través de:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lengua oral | <input type="checkbox"/> Gestos y sonidos | <input type="checkbox"/> Lengua oral y Lengua de Señas Chilena |
| <input type="checkbox"/> Gestos | <input type="checkbox"/> Tablero de comunicación con símbolos pictográficos | <input type="checkbox"/> Escritura |
| <input type="checkbox"/> Lengua oral y gestos | | <input type="checkbox"/> Otro: |

Recibe información preferentemente por vía:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Auditiva | <input type="checkbox"/> Auditiva con apoyo visual |
| <input type="checkbox"/> Visual | <input type="checkbox"/> Otro: |

Observaciones en relación a su desempeño comunicativo (expresivo y receptivo):

Su comunicación escrita es preferentemente a través de:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Símbolos pictográficos | <input type="checkbox"/> Fichas con palabras | <input type="checkbox"/> Fichas con letras |
| <input type="checkbox"/> Escritura convencional | <input type="checkbox"/> Fotos o imágenes | |
| <input type="checkbox"/> Otro: | | |

Observaciones en relación a su desempeño en el ámbito de la comunicación escrita:

APOYOS SUGERIDOS	RUN estudiante:
<p>En el aula requiere:</p> <p><input type="checkbox"/> Que el docente maneje los sistemas de apoyo a la comunicación utilizada por el estudiante</p> <p>Especificar:</p> <p><input type="checkbox"/> Experiencias de aprendizaje que consideren la etapa y forma de comunicación que presenta el estudiante</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajo articulado con la familia para favorecer este ámbito</p> <p><input type="checkbox"/> Software y otros recursos para elaborar material en esta área. ¿Cuáles?:</p> <p><input type="checkbox"/> Requiere apoyo de un profesional ¿Cuál?:</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (señale)</p>	

c. ÁREA COGNITIVA
<p>Señale fuentes de información e instrumentos de evaluación utilizados:</p> <p><input type="checkbox"/> Anamnesis <input type="checkbox"/> Entrevista a la familia <input type="checkbox"/> Observación en el contexto escolar (Indicar:)</p> <p><input type="checkbox"/> Aplicación de instrumento (cuáles):</p>
<p>Señale aspectos relacionados con su flexibilidad cognitiva e intereses (rituales simples, rituales complejos, tipos de interés, entre otros):</p> <p><input type="checkbox"/> Conductas ritualistas simples <input type="checkbox"/> Conductas ritualistas complejas <input type="checkbox"/> Conductas estereotipadas</p> <p><input type="checkbox"/> Juego repetitivo <input type="checkbox"/> Juego simbólico <input type="checkbox"/> Escasa flexibilidad cognitiva</p> <p><input type="checkbox"/> Escaso sentido común <input type="checkbox"/> Conductas perseverativas</p> <p><input type="checkbox"/> Intereses especiales (¿Cuáles?):</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidades especiales (¿Cuáles?):</p>
<p>Describe brevemente como el estudiante manifiesta el sentido de la actividad (conductas sin propósito, actividades funcionales muy breves, entre otras)</p>

<p>Estilo de aprendizaje:</p> <p><input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Global</p> <p><input type="checkbox"/> Reflexivo <input type="checkbox"/> Intuitivo <input type="checkbox"/> Secuencial <input type="checkbox"/> Visual</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p>
--

<p>Señale las vías preferentes por las cuales explora el medio:</p> <p><input type="checkbox"/> Auditivo <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Táctil <input type="checkbox"/> Olfativa <input type="checkbox"/> Gustativa <input type="checkbox"/> Kinestesica</p> <p>Otro</p> <p>Nivel de desarrollo de habilidades cognitivas:</p> <p><input type="checkbox"/> Nomina <input type="checkbox"/> Clasifica <input type="checkbox"/> Interpreta</p> <p><input type="checkbox"/> Describe <input type="checkbox"/> Compara <input type="checkbox"/> Transfiere o generaliza lo aprendido a otras situaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Retiene y reproduce información <input type="checkbox"/> Asocia</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (señale):</p>

APOYOS SUGERIDOS
<p>En el aula</p> <p>Requiere:</p> <p><input type="checkbox"/> Experiencias de aprendizaje que utilicen diversas vías sensoriales</p> <p><input type="checkbox"/> Adecuación en la cantidad y extensión de información que se entrega</p> <p><input type="checkbox"/> Abundante material concreto</p> <p><input type="checkbox"/> Otorgar mayor tiempo de espera de respuesta</p> <p><input type="checkbox"/> Requiere apoyo de un profesional (¿Cuál?)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (señale)</p>

OBSERVACIONES

d. PROCESAMIENTO SENSORIAL	RUN estudiante:								
Señale las principales características del Procesamiento Sensorial: <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad a: <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estímulos auditivos</td> <td><input type="checkbox"/> Estímulos visuales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estímulos gustativos</td> <td><input type="checkbox"/> Estímulos táctiles</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Hiposensibilidad a: <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estímulos auditivos</td> <td><input type="checkbox"/> Estímulos visuales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estímulos gustativos</td> <td><input type="checkbox"/> Estímulos táctiles</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Estímulos auditivos	<input type="checkbox"/> Estímulos visuales	<input type="checkbox"/> Estímulos gustativos	<input type="checkbox"/> Estímulos táctiles	<input type="checkbox"/> Estímulos auditivos	<input type="checkbox"/> Estímulos visuales	<input type="checkbox"/> Estímulos gustativos	<input type="checkbox"/> Estímulos táctiles
<input type="checkbox"/> Estímulos auditivos	<input type="checkbox"/> Estímulos visuales								
<input type="checkbox"/> Estímulos gustativos	<input type="checkbox"/> Estímulos táctiles								
<input type="checkbox"/> Estímulos auditivos	<input type="checkbox"/> Estímulos visuales								
<input type="checkbox"/> Estímulos gustativos	<input type="checkbox"/> Estímulos táctiles								
Otros:									
Área Táctil									
Describa el comportamiento del o la estudiante en esta área: (considerando por ejemplo su reacción con las etiquetas de ropa, andar descalzo, tocar algunos objetos o texturas, al ser tocado, dificultad para tolerar texturas y temperaturas en los alimentos, entre otros.)									
Área visual									
Describa el comportamiento del o la estudiante en esta área: (considerando por ejemplo: agudeza extrema en detalles de los objetos, luces, sobre-reacción a la luz y/o colores, evita el contacto visual, entre otros)									
Área auditiva									
Describa el comportamiento del o la estudiante en esta área: (considerando por ejemplo su nivel de tolerancia frente a ruidos fuertes y/o música fuerte, timbres o campanas, no responder al ser llamado, hacer ruidos fuertes con la boca, entre otros.)									
Área gustativa y olfativa									
Describa el comportamiento del o la estudiante en esta área: (considerando por ejemplo búsqueda o rechazo frente a olores fuertes, apetencia o rechazo por algún tipo de sabores en especial, otros.)									
Propiocepción									
Describa el comportamiento del o la estudiante en esta área: (considerando por ejemplo si camina en puntillas, si se arrastra, se cuelga, trepa, conductas de autoagresión, presencia de bajo tono o hiperactividad, entre otros.)									
Área vestibular									
Describa el comportamiento del o la estudiante en esta área: (considerando por ejemplo si se mece, gira, rocking con la cabeza, salta, si parece temeroso y/o ansioso al perder los pies contacto con el suelo, o cuando queda boca abajo, entre otros.)									
APOYOS SUGERIDOS / PROCESAMIENTO SENSORIAL									
En el aula Requiere: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Materiales que consideren el procesamiento sensorial individual que presenta el estudiante. <input type="checkbox"/> Materiales que permitan al estudiante proveerse de sensaciones que necesita (pelota terapéutica, cojín semi-inflado, cama elástica, entre otros) <input type="checkbox"/> Materiales o espacios que permitan autorregularse (cojines pesados, semioscuridad, tapones, entre otros) <input type="checkbox"/> Adaptar o modificar actividad al nivel de tolerancia del estudiante (por ejemplo disminuir altura en salto, uso de herramienta para manipular greda o masa, entre otros) <input type="checkbox"/> Requiere apoyo de un profesional (¿Cuál?) <input type="checkbox"/> Otro (señale) 									

5. APOYOS ESPECIALIZADOS SUGERIDOS PARA EL/LA ESTUDIANTE		RUN estudiante:	
<i>Describe 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:</i>			
PERSONALES	<i>Principales apoyos personalizados complementarios a la función docente, que requiere el/la estudiante.</i>		
CURRICULARES	<i>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.</i>		
MEDIOS Y RECURSOS MATERIALES	<i>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.</i>		
ORGANIZATIVOS	<i>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.</i>		
FAMILIARES	<i>Principales apoyos de la familia que el/la estudiante requiere para progresar en la superación de sus dificultades</i>		
TIPO DE APOYO <small>(personal, curricular, medios y recursos materiales y/o tecnológicos, familiar, entre otros)</small>	DESCRIPCIÓN <small>(considerando las áreas de desempeño personal y social)</small>	QUIÉN LO PROVEERÁ <small>(profesor/a, profesional asistente de la educ., familiar, director, sostenedor, miembro de la comunidad, otro)</small>	CONTEXTO <small>(aula de recursos, aula común, patio, hogar, comunidad, otro)</small>
PRUEBAS/PROCEDIMIENTOS APLICADOS:		Protocolos estandarizados:	
Detección precoz: <input type="checkbox"/> M-CHAT: (Checklist for Autism in Toddlers) Robins, Fein, y Barton, 2001 <input type="checkbox"/> PDDST(Pervasive Developmental Disorder Screening Test) Bryna Siegel, 2001 <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		<input type="checkbox"/> ADI-R (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised <input type="checkbox"/> CARS (1994). Childhood Autism Rating Scale <input type="checkbox"/> PEP-3 (2005 Schopler) <input type="checkbox"/> ADOS-G (2000). Autism Diagnostic Observation Schedule <input type="checkbox"/> GARS (1995). Gilliam Autism Rating Scale <input type="checkbox"/> IDEA (1997) Angel Riverie <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	
Evaluado por: (Declara no ser inhábil de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 9° del DFL N° 2/1998 del Ministerio de Educación)			