



Evaluación Integral de Necesidades Educativas Especiales. Decreto Supremo N° 170/2009  
**FORMULARIO ÚNICO SÍNTESIS EVALUACIÓN DE INGRESO**  
**DISFASIA SEVERA O TRASTORNO COMPLEJO O CENTRAL DE LENGUAJE**

*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.*

<b>1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b> (Escriba con letra legible o marque con una equis (x) según corresponda)								Fecha			
<b>A. DEL ESTUDIANTE</b>											
Nombres y Apellidos						F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Género		RUN	
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>B.- DEL ESTABLECIMIENTO</b>											
Nombre del Establecimiento					Tipo dependencia			RBD			
Dirección (calle, N°)					Comuna		Ciudad		Región		
Nombre Director				Fono / E-mail contacto				Firma			
<b>C.- DEL PROFESIONAL/ES RESPONSABLE/S</b>											
<b>Profesional responsable del proceso de evaluación integral del estudiante.</b>											
Nombres y Apellidos								RUN			
Profesión/ Especialidad					Cargo			Fono contacto			
E-mail contacto				Firma del profesional			Fecha de registro de la información				
<b>Profesionales que han participado en el proceso de evaluación diagnóstica</b>											
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)											
<b>2.- SÍNTESIS DIAGNÓSTICA</b>											
<b>a.- DIAGNÓSTICO</b> (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).											
<b>Marque con una equis (X) el o los diagnóstico(s) emitido(s) para el/la estudiante</b>											
<input type="checkbox"/> <b>Disfasia Severa o Trastorno Complejo o Central del lenguaje</b>							Fecha emisión del último diagnóstico médico				
<b>Marque con una X los criterios diagnósticos que están presentes en el o la estudiante)</b>											
<input type="checkbox"/> Alteración grave y permanente de todos los componentes del lenguaje (fonológico, semántico, sintáctico y/o pragmático) y de los mecanismos de adquisición del sistema lingüístico. <input type="checkbox"/> Presenta un desarrollo atípico de la comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito. <input type="checkbox"/> Presenta problemas de procesamiento del lenguaje y/o de abstracción de la información significativa. <input type="checkbox"/> Presenta problemas para el almacenamiento de corto y largo plazo, que afecta de manera significativa la vida social y escolar del estudiante. <input type="checkbox"/> Trastorno tiene una base etiológica de índole neurobiológica determinada genéticamente, que no se explica por déficit sensoriales, cognitivos, neurológicos, sociales o emocionales.											
<b>2.1. DOCUMENTOS (EVIDENCIAS) DEL PROCESO DE EVALUACIÓN QUE SE ADJUNTAN A ESTE FORMULARIO</b>											
<b>Documentación que se adjunta</b>											
<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:					

<b>3. RESUMEN PROCESO EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIA</b>				RUN estudiante:	
<b>3.1 EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA O PSICOEDUCATIVA</b>					
<b>a) ANTECEDENTES RELEVANTES RECOGIDOS DE LA ANAMNESIS</b>					
Señale aquella información relevante en el desarrollo del o la estudiante según datos recogidos en la entrevista de Anamnesis.					
<b>b) SITUACIÓN ESCOLAR ACTUAL DEL ESTUDIANTE CON NEE (Marque lo que corresponda)</b>					
Dificultades más relevantes que presenta el alumno o alumna en su situación escolar actual					
Escasos logros de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	No participa en el aula	<input type="checkbox"/>	Escaso apoyo familiar	<input type="checkbox"/>
Retraso curricular significativo	<input type="checkbox"/>	Dificultades adaptación social	<input type="checkbox"/>	Vulneración de derechos	<input type="checkbox"/>
Extrema vulnerabilidad social	<input type="checkbox"/>	Problemas de salud	<input type="checkbox"/>	Asistencia irregular	<input type="checkbox"/>
Otra:					
<b>c) ANTECEDENTES ESCOLARES Y PEDAGÓGICOS</b>					
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.					
<b>- Trayectoria escolar del estudiante:</b>					
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)
N° de colegios en que ha estudiado		Opción educativa (escuela común, especial, adultos, otra)		Motivo de los cambios	(curso /año)
<b>- Aspectos destacados en su historia educativa</b>					
En base a los antecedentes obtenidos durante la evaluación, señale aspectos relevantes de la conducta, rendimiento, participación, relaciones sociales, etc.					
<b>d) CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL</b>					
<b>El contexto familiar del alumno/a</b>		(Señale las herramientas con las que cuenta la familia para apoyar al estudiante)			
<b>Facilita</b>	<b>Dificulta</b>				
<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"/>				
<b>El contexto socio-cultural del alumno/a</b>		(Señale los apoyos que requiere la familia para ayudar al estudiante a progresar en sus dificultades)			
<b>Facilita</b>	<b>Dificulta</b>				
<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"/>				
<b>a) EVALUACIÓN DE OTRAS ESPECIALIDADES (fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, otro) CON FOCO EN LO EDUCATIVO</b>					
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.					
<b>EVALUACIÓN DE OTRAS ESPECIALIDADES (fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, otro) CON FOCO EN LO EDUCATIVO</b>					
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.					

**FORMULARIO ÚNICO SÍNTESIS EVALUACIÓN DE INGRESO  
DISFASIA SEVERA O TRASTORNO COMPLEJO O CENTRAL DE LENGUAJE**

3.- EVALUACIÓN ESPECÍFICA O ESPECIALIZADA		RUN estudiante:
a) ÁREA DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN		
Niveles del lenguaje	Pruebas y/o procedimientos aplicados	Resultados y observaciones
Nivel Fonológico		Plano receptivo:  Plano expresivo:
Nivel Léxico		Plano comprensivo:  Plano expresivo:
Nivel Morfológico		Plano comprensivo:  Plano expresivo:
Nivel Sintáctico		Plano comprensivo:  Plano expresivo:
Nivel Semántico-Pragmático		Plano comprensivo:  Plano expresivo:
Detalle brevemente su nivel de desempeño en el ámbito de la comunicación escrita (si corresponde):		
b) ÁREA INTERACCIÓN SOCIAL		
Señale fuentes de información e instrumentos de evaluación utilizados:		
<input type="checkbox"/> Anamnesis <input type="checkbox"/> Entrevista a la familia <input type="checkbox"/> Observación en el contexto escolar (Indicar:      ) <input type="checkbox"/> Aplicación de instrumento (cuáles):		
Detalle brevemente cómo se relaciona con otras personas y con el entorno (por ejemplo: Participa en juegos con otros, permanece solo, se interesa en conocer o manipular objetos, fortalezas en este aspecto, etc.)		

**FORMULARIO ÚNICO SINTESIS EVALUACIÓN DE INGRESO  
DISFASIA SEVERA O TRASTORNO COMPLEJO O CENTRAL DE LENGUAJE**

**APOYOS SUGERIDOS ÁREAS LENGUAJE Y COMUNICACIÓN/INTERACCIÓN SOCIAL** RUN estudiante:

**Técnicos:**

**En el Aula:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Experiencias de aprendizaje que consideren etapa y forma de comunicación del/la estudiante | <input type="checkbox"/> Actividades que favorezcan el trabajo colaborativo                        |
| <input type="checkbox"/> Que el docente maneje los sistemas de apoyo a la comunicación utilizada por el estudiante  | <input type="checkbox"/> Ambientes organizados, estructurados y predecibles.                       |
| <input type="checkbox"/> Otros (señale)   | <input type="checkbox"/> Actividades en donde se favorezca el aprendizaje y uso de normas sociales |

**En el establecimiento:**

**Otros apoyos**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Profesionales: | <input type="checkbox"/> Otros de la salud: | <input type="checkbox"/> De la educación: |
| <input type="checkbox"/> Familiares:    |   |   |
| <input type="checkbox"/> Otros:         |   |   |

**c) ÁREA COGNITIVA**

**Señale fuentes de información e instrumentos de evaluación utilizados:**

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

**Describa el comportamiento del o la estudiante en esta área** (por ejemplo: Su desarrollo de juego simbólico y otras funciones simbólicas, la construcción de imágenes mentales, cómo estructura el tiempo y el espacio, memoria secuencial, auditiva a corto plazo y verbal, fortalezas en este aspecto, etc.

**Señale las vías preferentes por las cuales explora el medio:**

- Auditivo       Visual       Táctil       Olfativa       Gustativa       Kinestésica
- Otro

**Estilo de aprendizaje:**

- |                                    |                                    |                                 |                                     |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Activo    | <input type="checkbox"/> Sensorial | <input type="checkbox"/> Verbal | <input type="checkbox"/> Secuencial |
| <input type="checkbox"/> Reflexivo | <input type="checkbox"/> Intuitivo | <input type="checkbox"/> Visual | <input type="checkbox"/> Global     |
| <input type="checkbox"/> Otro      |                                    |                                 |                                     |

**Señale sus habilidades cognitivas:**

- |  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nomina                          | <input type="checkbox"/> Clasifica | <input type="checkbox"/> Interpreta   |
| <input type="checkbox"/> Describe                        | <input type="checkbox"/> Compara   | <input type="checkbox"/> Transfiere o generaliza lo aprendido a otras situaciones |
| <input type="checkbox"/> Retiene y reproduce información | <input type="checkbox"/> Asocia    |   |
| <input type="checkbox"/> Otro (señale)                   |                                    |   |

**APOYOS SUGERIDOS**

**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**




**FORMULARIO ÚNICO SINTESIS EVALUACIÓN DE INGRESO  
DISFASIA SEVERA O TRASTORNO COMPLEJO O CENTRAL DE LENGUAJE**

d) ÁREA MOTRIZ		RUN estudiante:
<p>Señale fuentes de información e instrumentos de evaluación utilizados:</p> <p><input type="checkbox"/> Informe o exámenes médicos    <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><b>Detalle brevemente el desempeño del o la estudiante en esta área</b> (por ejemplo: en relación a la ejecución y coordinación de movimientos finos, al proceso de lateralización, a la coordinación y control muscular de la producción del habla, presencia de dispraxias motoras, retraso del desarrollo psicomotor, fortalezas en este aspecto, entre otros.)</p>		
APOYOS SUGERIDOS		
<p><b>En el aula</b> Requiere:</p>		
<p><b>Otros apoyos</b></p> <p><input type="checkbox"/> Profesionales:                      <input type="checkbox"/> Otros de la salud:                      <input type="checkbox"/> De la educación:</p> <p><input type="checkbox"/> Familiares:</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (especificar):</p>		

6

e) ÁREA ACADÉMICA FUNCIONAL	
<b>Asignatura o Ámbito de Aprendizaje</b>	<i>Señale los aprendizajes más relevantes logrados por el/la estudiante (lo que sabe y es capaz de hacer)</i>
<p>Lenguaje y comunicación</p> <p>    Matemáticas</p> <p>    Ciencias</p> <p>    Artes</p> <p>    Otro(s)</p> <p>(en el caso de Educación Básica)</p>	
<p>Formación Personal y Social</p> <p>    Comunicación</p> <p>    Relación con el medio natural y cultural</p> <p>    Otro(s)</p> <p>(en el caso de Educación Parvularia)</p>	<i>Registre las dificultades más importantes que presenta en el aprendizaje escolar.</i>

**FORMULARIO ÚNICO SINTESIS EVALUACIÓN DE INGRESO  
DISFASIA SEVERA O TRASTORNO COMPLEJO O CENTRAL DE LENGUAJE**

<b>g.- ÁREA DE DESEMPEÑO PERSONAL Y SOCIAL</b>		<b>RUN estudiante:</b>
<p><b>Áreas del Desempeño Personal y Social:</b>  <b>Señale la intensidad de los apoyos que requiere el o la estudiante en las diferentes áreas:</b></p> <p>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)</p>		<input type="checkbox"/> Autocuidado <input type="checkbox"/> Vida Doméstica <input type="checkbox"/> Habilidades Sociales <input type="checkbox"/> Utilización de la Comunidad <input type="checkbox"/> Autodirección <input type="checkbox"/> Salud y Seguridad <input type="checkbox"/> Habilidades Académicas Funcionales <input type="checkbox"/> Ocio y Tiempo Libre

**5. APOYOS ESPECIALIZADOS SUGERIDOS PARA EL/LA ESTUDIANTE**

*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:*

<b>PERSONALES</b>	<i>Principales apoyos personalizados complementarios a la función docente, que requiere el/la estudiante.</i>
<b>CURRICULARES</b>	<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>
<b>MEDIOS Y RECURSOS MATERIALES</b>	<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>
<b>ORGANIZATIVOS</b>	<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>
<b>FAMILIARES</b>	<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>

Recuerde que toda la información recopilada debe ser complementada y profundizada en el contexto de la elaboración del Plan Educativo Individual

**LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES, SU DIVULGACIÓN O USO INDEBIDO ES PENADA POR LEY**