

Atención a la Diversidad
Unidad de Educación Especial
DEG 2024

**“ Informe a la familia y formulario de salud de
estudiantes que requieren apoyos del programa de
integración.”**



**CHILE
AVANZA
CONTIGO**



Temas a trabajar

- Sugerencias para confección de informes en la etapa de reevaluación
- Resumen procesos y plazos por diagnóstico PIE
- Recordar cuadro de resumen procesos de evaluación
- Informe que de cuenta en general del progreso de los y las estudiantes adscritos al PIE
- Informe que de cuenta en general del progreso de los y las estudiantes adscritos al PIE

NEET - Resumen de procesos y plazos por diagnóstico en PIE



PROCESO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICO	Evaluación diagnóstica Integral de ingreso	Reevaluación de proceso o de avance (seguimiento)	Valoración de Salud	Reevaluación de egreso o continuidad
DEFINICIÓN TÉCNICA DEL PROCESO	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar la presencia del déficit -Valorar condición de salud -Identificar NEE y apoyos -Determinar ingreso a PIE 	<ul style="list-style-type: none"> -Ev psicoeducativa de NEE (progresos del estudiante) -Efectividad de apoyos 	Valoración del estado general de salud para descartar otras condiciones que afecten el desarrollo del lenguaje y/o el aprendizaje	Evaluación diagnóstica para determinar si el estudiante egresa o continua en PIE
Trastorno Específico de Lenguaje (TEL)	<p>Al ingreso</p> Profesionales según artículo 16º Decreto N°170	<p>Anual</p> Equipo de aula	<p>Cada dos años</p> Médicos según artículo 16º Decreto N°170	<p>Cada dos años</p> Profesionales según artículo 16º Decreto N°170
Dificultades Específicas del Aprendizaje (DEA)	<p>Al ingreso</p> Profesionales según artículo 16º Decreto N°170	<p>Anual</p> Equipo de aula	<p>Cada dos años</p> Médicos según artículo 16º Decreto N°170	<p>Cada dos años</p> Profesionales según artículo 16º Decreto N°170
Trastorno de Déficit Atencional (TDA)	<p>Al ingreso</p> Profesionales según artículo 16º Decreto N°170	<p>Anual</p> Equipo de aula	<p>Cada dos años</p> Médicos según artículo 16º Decreto N°170	<p>Cada dos años</p> Profesionales según artículo 16º Decreto N°170
Funcionamiento Intelectual Límite (FIL)	<p>Al Ingreso</p> Profesionales según artículo 16º Decreto N°170	<p>Anual</p> Equipo de aula	<p>Cada dos años</p> Médicos según artículo 16º Decreto N°170	<p>Cada dos años</p> Profesionales según artículo 16º Decreto N°170

NEEP. Resumen de procesos y plazos por diagnostico en EE especiales y PIE

PROCESO DE EVALUACIÓN	DIAGNÓSTICO	PROCESO DE EVALUACIÓN	Reevaluación de proceso o de avance (seguimiento)	Valoración de Salud	Reevaluación
DEFINICIÓN TÉCNICA DEL PROCESO		-Identificar la presencia del déficit -Valorar condición de salud -Identificar NEE y apoyos -Determinar ingreso a a la escuela	-Ev psicoeducativa de NEE (progresos del estudiante) -Efectividad de apoyos	Valoración del estado general de salud para descartar otras condiciones que afecten el aprendizaje	Reevaluación diagnóstica para conocer la evolución del déficit
Discapacidad Visual	Al ingreso	Profesionales según artículo 16º Decreto N°170	Anual Equipo de aula	Cada dos años Médico pediatra u otro	Se recomienda cada 3 a 5 años Profesionales artículo 16º Decreto N°170
Discapacidad Auditiva	Al ingreso	Profesionales según artículo 16º Decreto N°170	Anual Equipo de aula	Cada dos años Médico pediatra u otro	Se recomienda cada 3 a 5 años Profesionales artículo 16º Decreto N°170
Discapacidad Intelectual (a partir de los 6 años)	Al ingreso	Profesionales según artículo 16º Decreto N°170	Anual Equipo de aula Incluye conducta adaptativa	Cada dos años Médico pediatra u otro	Según Tabla específica (Al final de la presentación) * Profesionales artículo 16º Decreto N°170
Discapacidad Múltiple y Sordoceguera	Al ingreso	Profesionales según artículo 16º Decreto N°170	Anual Equipo de aula	Cada dos años Médico pediatra u otro	Se recomienda cada 3 a 5 años Profesionales artículo 16º Decreto N°170
Trastorno del Espectro Autista (TEA)	Al ingreso	Profesionales según artículo 16º Decreto N°170	Anual Equipo de aula	Cada dos años Médico pediatra u otro	Se recomienda cada 3 a 5 años Profesionales artículo 16º Decreto N°170
Disfasia Severa	Al ingreso	Profesionales según artículo 16º Decreto N°170	Anual Equipo de aula	Cada dos años Médico pediatra u otro	Se recomienda cada 3 a 5 años Profesionales artículo 16º Decreto N°170
Graves Alteraciones de la Relación y la Comunicación (GARC)	Al ingreso	Profesionales según artículo 16º Decreto N°170	Anual Equipo de aula	Cada dos años Médico pediatra u otro	Se recomienda cada 3 a 5 años Profesionales artículo 16º Decreto N°170

CUADROS CON RESUMEN DE PROCESOS DE EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DE NEE

1. NEE TRANSITORIAS EN PIE					
AÑO ESCOLAR	TIPO EVALUACIÓN	EN QUÉ CONSISTE	PROFESIONALES	OBJETIVOS /RESULTADO ESPERADO	PRODUCTOS EVIDENCIA
Año escolar 1 Inicio	Evaluación integral e interdisciplinaria de ingreso	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación especializada según diagnóstico - Valoración o examen general de salud - Evaluación psicoeducativa 	Los señalados en art. 16 decreto 170	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar déficit asociado a NEE - Identificar NEE y apoyos - Determinar cumplimiento de criterios para ingreso a PIE - Incorporar en plataforma PIE a través de Botón de "Ingresar" 	- Creación FUDEI (síntesis on-line del proceso evaluación y apoyos, sustentado en los informes profesionales)
Año escolar 1 Final	Evaluación o reevaluación de proceso (seguimiento)	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del proceso educativo anual y NEE del estudiante con apoyos (TEL, FIL, DEA no exige nueva aplicación de pruebas estandarizadas*) <p>*salvo que profesionales lo consideren necesario</p>	Profesionales del equipo de aula (docentes y profesionales asistentes de la educación que correspondan) *TDA en tratamiento con medicamentos: incluye control neurólogo	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener un panorama del progreso del estudiante en sus aprendizajes y participación con los apoyos entregados en el contexto escolar. - Revisar y ajustar los apoyos. - Informar sobre la necesidad o no de continuidad de apoyos en año escolar 2 (4ta página del FU de Reevaluación). 	<ul style="list-style-type: none"> - FU de Reevaluación (proceso anual). - Informe pedagógico a la familia. <p><u>Nivel EE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informe Técnico PIE

Informe que de cuenta en general del progreso de los y las estudiantes adscritos al PIE



ORD. 9DFI N° 1676 /

ANT. : Decreto N° 170, del Ministerio de Educación, de 2009, que "Fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial".

ORD. 9DFI N° 1235, de fecha 16 de agosto de 2024, que "Reitera deber de las entidades sostenedoras sobre realizar informe que dé cuenta del progreso de los estudiantes adscritos al Programa Integración Escolar (PIE), y su comunicación a la familia en los términos indicados en el artículo 12° y 13° del DTO 170, de 2009, del Ministerio de Educación".

REF. : No hay.

MAT. : Informa fiscalización de oficio que se realizará durante el mes de marzo de 2025, para verificar que se haya confeccionado el informe que dé cuenta, a modo general, del progreso de los/as estudiantes adscritos al PIE, durante el año escolar 2024 y su comunicación a la familia.

SANTIAGO, 13 NOV 2024

DE : MAURICIO FARÍAS ARENAS
SUPERINTENDENTE DE EDUCACIÓN

A : SRES.(AS) SOSTENEDORES(AS) DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES OFICIALMENTE RECONOCIDOS ADSCRITOS A PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN ESCOLAR.

Tal como es de su conocimiento, la Superintendencia de Educación, mediante oficio señalado en el antecedente, reiteró la obligación que recae sobre las entidades sostenedoras de establecimientos educacionales con Programa de Integración Escolar (PIE), respecto al cumplimiento de todos los requisitos de la normativa educacional que le son atingentes para percibir la subvención respectiva, entre otros, garantizar a los padres, madres y apoderados su derecho a ser informados por el sostenedor, los directivos o docentes a cargo de la educación de sus hijos o pupilos, respecto de los rendimientos académicos, de la convivencia escolar y del proceso educativo de éstos .



INFORME DE AVANCE SEMESTRAL PARA LA FAMILIA

ANTECEDENTES PERSONALES	
Nombre del estudiante:	
Fecha de Nacimiento:	
Edad:	
Curso:	
Diagnóstico:	
Profesor jefe:	
Docente Especialista:	
Fecha de Informe:	
2do. SEMESTRE 2024	
PROFESIONALES DE APOYO PIE	
EDUCADORA DIFERENCIAL	
FONOAUDIÓLOGA	
PSICOLOGA	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	
ORIENTACIONES Y SUGERENCIAS	

Nombre y firma de apoderado(a)



INFORME DE AVANCE SEMESTRAL PARA LA FAMILIA

ANTECEDENTES PERSONALES	
Nombre del estudiante :	
Fecha de Nacimiento :	
Edad :	
Curso :	
Profesor Jefe :	
Docente Especialista :	
Diagnóstico :	
Fecha de Informe :	

TRABAJO REALIZADO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE

APRECIACIÓN FRENTE AL TRABAJO

APOYO PROFESIONALES PIE	
Terapeuta Ocupacional	
Fonaudióloga	

ORIENTACIONES Y SUGERENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Al hogar:</i> ■ <i>En la Escuela (salida de clases):</i>

Ed. Diferencial R. MINEDUC

APODERADA (O)



Informe que de cuenta en general del progreso de los y las estudiantes adscritos al PIE

- Profesionales
- Diagnostico
- Avances
- Continuidad
- ***Firma**
- ***Fecha**
- ***Copia a la familia**

Ley 20.201 – Decreto 170/2009
Evaluación Diagnóstica Integral de Necesidades Educativas Especiales

INFORME PARA LA FAMILIA

De acuerdo a las disposiciones del Decreto N° 170/2009, y tomando en cuenta el rol fundamental de la familia en el proceso educativo, a través del presente informe, se hace entrega de los resultados de la evaluación de su hijo/a.

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Nombres y Apellidos			RUN
Fecha nacimiento	Edad	Curso / Nivel	Establecimiento

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DEL ESTABLECIMIENTO ESCOLAR QUE ENTREGA LA INFORMACIÓN			
Nombre		Rut	
Rollcarg	Teléfono / E-mail de contacto	Fecha entrega de informe	

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN	
Nombre	Rut
Relación con el/la estudiante	En presencia de (miembro de la familia, intérprete, otro/a)

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

MOTIVO DE LA EVALUACIÓN Evaluación: de Ingreso Reevaluación

DIAGNÓSTICO

FORTALEZAS Y NECESIDADES DE APOYO EN CADA ÁMBITO

ÁMBITO ACADÉMICO	
Fortalezas	Necesidades de Apoyo

EL USO DEL FORMATO QUE SE PRESENTA PARA ENTREGAR LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INTEGRAL DEL ESTUDIANTE A LA FAMILIA, ES OPCIONAL. EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL PUEDE DECIDIR SU PROPIO FORMATO.

***FORMATO SOLO PARA INGRESOS**

INFORME DE SALUD

- **Pestaña equipo evaluador FUDEI**
 - *Fecha de emisión de diagnóstico
 - *Fecha de consentimiento de familia
 - *Fecha de reevaluación
- ¿Qué pasa si el profesional tiene registro en Supersalud pero no me aparece en plataforma PIE?
 - *apoyoplataformapie@mineduc.cl



Evaluación Diagnóstica Integral Necesidades Educativas Especiales. Decreto 170/2010

FORMULARIO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE SALUD

El uso de este formulario por parte del profesional de la salud es opcional.
(Complete los antecedentes requeridos con letra clara y legible)

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE				
Nombres y Apellidos			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	RUN
Fecha nacimiento (d/m/a)	Edad (en años y meses)	Nacionalidad	Lengua familia de origen	Lengua que usa habitualmente
MOTIVO DE CONSULTA				
<input type="checkbox"/> EXAMEN GENERAL DE SALUD <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD O DÉFICIT, señale cuál:				
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL - MÉDICO				
Nombres y Apellidos			Rut	Nº Registro Profesional
Especialidad		Procedencia: <input type="checkbox"/> Salud pública <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro:		
Fono/E-mail contacto	Fecha evaluación	Fecha reevaluación		
EXAMEN DEL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL ESTUDIANTE				
Presencia/ausencia de patologías o dificultades de salud que inciden en o expliquen sus necesidades educativas especiales, por ejemplo, bronquitis crónica, problemas sensoriales, etc.				
DIAGNÓSTICO				
(Presencia de un trastorno, déficit o discapacidad)				
Considere especificaciones del grado y etiología del déficit y pronóstico.				
INDICACIONES				
Señale tratamiento médico, necesidades de interconsulta, exámenes o ayudas técnicas, cuando sea el caso, u otras recomendaciones u observaciones relevantes para el/la estudiante en función de su diagnóstico.				

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL

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

Formulario único de evaluación de salud

- Pestaña equipo evaluador FUDEI

- *Fecha de emisión de diagnóstico
- *Fecha de consentimiento de familia
- *Fecha de reevaluación

II RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACION INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIA

Diagnóstico

NEE:	NEEP		
Diagnóstico:	Trastorno del Espectro Autista	Tipo o Grado:	Trastorno del Espectro Autista
Fecha de Emisión del Diagnóstico:	10-07-2023	Fecha Consentimiento Familia:	08-03-2024
Fecha próxima reevaluación:	10-07-2028		



Evaluación Diagnóstica Integral Necesidades Educativas Especiales. Decreto 170/2010

FORMULARIO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE SALUD

El uso de este formulario por parte del profesional de la salud es opcional.
(Complete los antecedentes requeridos con letra clara y legible)

IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE				
Nombres y Apellidos			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	RUN
Fecha nacimiento (d/m/a)	Edad (en años y meses)	Nacionalidad	Lengua familia de origen	Lengua que usa habitualmente
MOTIVO DE CONSULTA				
<input type="checkbox"/> EXAMEN GENERAL DE SALUD		<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD O DÉFICIT, señale cuál:		
IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL - MEDICO				
Nombres y Apellidos			Rut	Nº Registro Profesional
Especialidad		Procedencia: <input type="checkbox"/> Salud pública <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro:		
Fono/E-mail contacto	Fecha evaluación	Fecha reevaluación		
EXAMEN DEL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL ESTUDIANTE				
Presencia/ausencia de patologías o dificultades de salud que inciden en o expliquen sus necesidades educativas especiales, por ejemplo, bronquitis crónica, problemas sensoriales, etc.				
DIAGNOSTICO (Presencia de un trastorno, déficit o discapacidad)				
Considere especificaciones del grado y etiología del déficit y pronóstico.				
INDICACIONES				
Señale tratamiento médico, necesidades de interconsulta, exámenes o ayudas técnicas, cuando sea el caso, u otras recomendaciones u observaciones relevantes para el/la estudiante en función de su diagnóstico.				

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL

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

¿Quiénes requieren este formulario?

- **Reevaluación Bianual**
- **Cambio de diagnostico**
- **Ingreso 2025**
- **TDA**



Evaluación Diagnóstica Integral Necesidades Educativas Especiales. Decreto 170/2010

FORMULARIO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE SALUD

El uso de este formulario por parte del profesional de la salud es opcional.
(Complete los antecedentes requeridos con letra clara y legible)

IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE				
Nombres y Apellidos			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	RUN
GENERO				
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad (en años y meses)	Nacionalidad	Lengua familia de origen	Lengua que usa habitualmente
MOTIVO DE CONSULTA				
<input type="checkbox"/> EXAMEN GENERAL DE SALUD <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD O DÉFICIT, señale cuál:				
IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL - MEDICO				
Nombres y Apellidos			Rut	Nº Registro Profesional
Especialidad		Procedencia: <input type="checkbox"/> Salud pública <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro:		
Fono/E-mail contacto	Fecha evaluación	Fecha reevaluación		
EXAMEN DEL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL ESTUDIANTE				
Presencia/ausencia de patologías o dificultades de salud que inciden en o expliquen sus necesidades educativas especiales, por ejemplo, bronquitis crónica, problemas sensoriales, etc.				
DIAGNOSTICO (Presencia de un trastorno, déficit o discapacidad)				
Considere especificaciones del grado y etiología del déficit y pronóstico.				
INDICACIONES				
Señale tratamiento médico, necesidades de interconsulta, exámenes o ayudas técnicas, cuando sea el caso, u otras recomendaciones u observaciones relevantes para el/la estudiante en función de su diagnóstico.				

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL

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



 **CENTRO MÉDICO Y DENTAL
REDSALUD
TOMO 1 CERRE**

600 718 6000
WWW.REDSALUD.CL

RECETARIO

Fecha: 24/11/22

RUT: _____

Edad: _____

Domicilio: Q Zepeda Uspen

Rp. TSD

- Zenteno

722.879-4 - Horno 870, San Miguel - Tel.: 22 555 6188 - Santiago

SUGERENCIAS

- **Enviar formato al Médico por medio de apoderados**
- **Acompañar con informe de derivación**
- **Enviar en informe semestral sugerencias o pedirle a apoderado que lo lleve a atenciones de salud.**
- **Enviar copia de diagnósticos anteriores**



Gobierno
de Chile

gob.cl

**CHILE
AVANZA
CONTIGO**

