

SOLICITUD DE INFORMES DE APOYOS EXTERNOS

Primer Semestre 2022

Santiago, Marzo de 2022.

Estimado Apoderado,

Junto con saludarlo cordialmente, nos dirigimos a usted con el propósito de poder brindar el apoyo necesario y a la medida de cada uno de nuestros alumnos, buscando así que desarrollen al máximo sus potencialidades. Queremos solicitarle la documentación correspondiente para poder acceder a los apoyos internos entregados a los estudiantes con necesidades educativas especiales.

Solicitamos un **informe detallado** del profesional tratante (*Psicólogo, Psicopedagogo, Fonoaudiólogo, Educadora Diferencial, Terapeuta Ocupacional*), que contenga el diagnóstico correspondiente, las implicancias educativas, objetivos terapéuticos, tiempo estimado de tratamiento, sugerencias y estrategias específicas de apoyo por assinatura.

En caso que un médico (*Neurólogo o Psiquiatra*) solicite evaluación diferenciada, se requiere **especificar** en el **documento adjunto**, en qué sub sector de aprendizaje como también algunos detalles de los cambios a realizar en el instrumento evaluativo (pruebas formales) y las metodologías específicas en sala.

Los documentos deben ser entregados al profesor jefe a más tardar en **abril de 2022**, para poder implementar las acciones pertinentes según los tiempos establecidos en el colegio. En caso que el profesional tratante tenga disponibilidad después del tiempo requerido, entregar el respaldo de la hora solicitada al centro médico correspondiente.

Se despide con un cordial saludo,





SOLICITUD DE PLAN DE APOYO ESPECIAL PARA ESTUDIANTES CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EDUCACIÓN BÁSICA

Con el objetivo de entregar a nuestros alumnos el apoyo específico según cada caso, solicitamos completar la siguiente información de manera clara y precisa. La presentación de este documento debe ir acompañado de un certificado médico detallando el diagnóstico del alumno/a. Por favor completar con letra clara.

Nombre del alumno	
Curso	
Fecha	

Nombre del especialista	
Especialidad	
Teléfono y correo de contacto	

Fecha de inicio de tratamiento	
Periodicidad de las sesiones	
Tiempo estimado de tratamiento	

Toma Medicamento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del Medicamento	
Dosis del Medicamento	



Diagnóstico actual del alumno(a). Especificar características del cuadro y/o una descripción de las principales dificultades del alumno/a:

Descripción del tratamiento o refuerzo trabajado hasta la fecha:

Descripción de los objetivos logrados:

Descripción de los objetivos por lograr:

De acuerdo a su diagnóstico, especifique si necesita de algún tratamiento y/o apoyo de algún otro profesional externo. (Ej: psicopedagogo, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, etc.)



Sugerencias metodológicas aplicables al aula:

¿Requiere de Evaluación
Diferenciada (ED)?

Si

No

Si la respuesta es “**Si**” continúe con las siguientes preguntas.

¿En qué subsectores del aprendizaje o asignaturas considera que debiera ser aplicada la Evaluación Diferenciada?

En base a la Evaluación Diferenciada, mencione sugerencias y apoyos que se deban considerar tanto en la **confección de un instrumento evaluativo** como en la **aplicación de la evaluación**.

Confección del Instrumento.	Aplicación del Instrumento

Observaciones finales.

.....

Firma profesional que solicita.