



Uso exclusivo Centro de Aprendizaje II:

Profesional Asignado: _____

Fecha Recepción de la Derivación: _____

Firma Profesional Asignado: _____

PAUTA DERIVACION PSICOLOGÍA

NOMBRE COMPLETO		R.U.T.	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
COLEGIO		CURSO	
NOMBRE DE QUIEN DERIVA		CARGO	
NOMBRE APODERADO		TELEFONOS	
NOMBRE APODERADO		CORREO APODERADO	
FECHA DERIVACIÓN			
ESPECIFIQUE EL ÁREA DE DIFICULTAD: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> EMOCINAL<input type="radio"/> SOCIAL<input type="radio"/> CONDUCTUAL<input type="radio"/> APRENDIZAJE<input type="radio"/> PSICOMOTOR	DESCRIBA LA DIFICULTAD Y DESDE CUANDO SE PRESENTA:		



DESCRIBA LAS ACCIONES REALIZADAS PARA ENFRENTAR LAS DIFICULTADES REPORTADAS	ANTECEDENTES ACADEMICOS DEL ALUMNO
	AREAS O ASIGNATURAS CON DIFICULTADES:
	REPITENCIAS <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI, CURSOS Y AÑO DE REPITENCIA: _____/_____/_____ _____/_____/_____ OTROS ANTECEDENTES (Condicionalidad y otros):
ADULTOS RESPONSABLES (Padres, abuelos, tíos, hermanos mayores, tutores, etc.)	
NOMBRE: _____	ACTIVIDAD: _____
RUT: _____	EDUCACION: _____
FECHA DE NAC.: _____	DIRECCION: _____
PARENTEZCO: _____	TELEFONOS: _____
ESTADO CIVIL: _____	



ADULTOS RESPONSABLES (Padres, abuelos, tíos, hermanos mayores, tutores, etc.)

NOMBRE: _____

ACTIVIDAD: _____

RUT: _____

EDUCACION: _____

FECHA DE NAC.: _____

DIRECCION: _____

PARENTEZCO: _____

TELEFONOS: _____

ESTADO CIVIL: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES, DESCRIBA LA SITUACIÓN FAMILIAR, CON QUIEN VIVE:

LOS PADRES O ADULTOS RESPONSABLES:

SI ESTAN INFORMADOS DE LAS DIFICULTADES

NO ESTAN INFORMADOS DE LAS DIFICULTADES

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO:

El alumno(a) ha tenido o tiene algún tipo de tratamiento:

PSICOLOGICO, ¿CUÁL?, AÑOS _____

TEL, AÑOS _____

PSICOPEDAGOGICO, AÑOS _____

NEUROLÓGICO, ¿CUÁL?, AÑOS _____

PSIQUIÁTRICO, ¿CUÁL?, AÑOS _____

MEDICAMENTOS CONSUMIDOS _____

OTRO(S) _____



CENTRO DE APRENDIZAJE II LAS CONDES
Corporación de Educación y Salud de Las Condes

Camino el Alba N° 10885 Fono: 27207490



COMENTARIOS Y OBSERVACIONES QUE DESEE AGREGAR:

FIRMA PROFESIONAL QUE DERIVA

TIMBRE DEL ESTABLECIMIENTO