



Uso exclusivo Centro de Aprendizaje II:

Profesional Asignado: _____

Fecha Recepción de la Derivación: _____

Firma Profesional Asignado: _____

PAUTA DERIVACIÓN PSICOPEDAGOGÍA

NOMBRE COMPLETO		R.U.T.	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
COLEGIO		CURSO	
NOMBRE DE QUIEN DERIVA		CARGO	
NOMBRE APODERADO		TELÉFONOS	
NOMBRE APODERADO		CORREO APODERADO	
FECHA DERIVACIÓN			
ESPECIFIQUE EL ÁREA DE DIFICULTAD:	MOTIVO DE DERIVACIÓN: Adjuntar informes (pedagógico, médico, psicopedagógico, etc).		



<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> EMOCIONAL.<input type="radio"/> CONDUCTUAL<input type="radio"/> APRENDIZAJE:<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Lectura<input type="radio"/> Escritura<input type="radio"/> Cálculo<input type="radio"/> Atención- Concentración<input type="radio"/> Otros: _____ _____	DIAGNÓSTICO DE BASE (TEA, DI, FIL, SÍNDROME DE DOWN, TDAH, ENTRE OTROS)	
	¿DESDE CUÁNDO OBSERVA UD. ESTA DIFICULTAD?	
DESCRIBA LAS ESTRATEGIAS REALIZADAS POR EL ESTABLECIMIENTO PARA ENFRENTAR LAS DIFICULTADES REPORTADAS:	ANTECEDENTES ACADÉMICOS DEL ESTUDIANTE	
	NIVEL DE RENDIMIENTO: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> BUENO<input type="radio"/> REGULAR<input type="radio"/> DEFICIENTE	ÁREAS O ASIGNATURAS CON DIFICULTADES: _____ _____ _____



	REPITENCIAS <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> NO<input type="radio"/> SI, CURSOS Y AÑO DE REPITENCIA: _____/_____/_____ _____/_____/_____ OTROS ANTECEDENTES (Condicionalidad y otros): _____ _____ _____
ADULTOS RESPONSABLE (Padres, abuelos, tíos, hermanos mayores, tutores, etc.)	
NOMBRE: _____	ACTIVIDAD: _____
RUT: _____	EDUCACIÓN: _____
FECHA DE NAC.: _____	DIRECCIÓN: _____
PARENTESCO: _____	TELÉFONOS: _____
ESTADO CIVIL: _____	

CONSENTIMIENTO PADRES Y APODERADOS
¿LOS PADRES O ADULTOS RESPONSABLES ESTÁN INFORMADOS DE LAS DIFICULTADES?: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> SI<input type="radio"/> NO



ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO Y/O INTERVENCIÓN:

El estudiante ha tenido o tiene algún tipo de intervención, especificando el año y estado actual.

- PSICOLÓGICO: _____
- FONOAUDIOLÓGICO: _____
- PSIQUIÁTRICO: _____
- OTRO(S) _____
- TERAPIA OCUPACIONAL _____
- NEUROLÓGICO: _____
- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL:

CONDUCTAS OBSERVADAS:

○ NOTORIA INQUIETUD	○ DIFICULTADES EN EL CÁLCULO
○ FÁCIL DISTRACCIÓN	○ DIFICULTAD DE ORGANIZACIÓN
○ DIFICULTAD PARA INICIAR, MANTENER Y TERMINAR TRABAJO	○ COMETE ERRORES DE OMISIÓN, SUSTITUCIÓN, INVERSIÓN DE LETRAS.
○ DIFICULTAD PARA SEGUIR INSTRUCCIONES	○ TIENE UN NIVEL ESCOLAR MUY POR DEBAJO A SU NIVEL ESCOLAR
○ DIFICULTAD PARA ACEPTAR Y RESPETAR NORMAS	○ DIFICULTAD PARA RETENER INFORMACIÓN
○ MUESTRA IRRITABILIDAD, LLORA FÁCILMENTE	○ DIFICULTAD PARA EXPRESARSE VERBALMENTE
○ ACTÚA IMPULSIVAMENTE	○ PRESENTA UN VOCABULARIO REDUCIDO DE ACUERDO A SU EDAD
○ MUESTRA AGRESIVIDAD VERBAL/FÍSICA CON SUS PARES	○ DIFICULTADES EN LA ARTICULACIÓN DE PALABRAS
○ RETRASO CURRICULAR	○ COMETE ERRORES DE OMISIÓN, SUSTITUCIÓN, INVERSIÓN DE NÚMEROS.



<input type="radio"/> DIFICULTADES EN LA COMPRENSIÓN LECTORA.	<input type="radio"/> OTROS:
<input type="radio"/> DIFICULTAD EN LA EFICACIA LECTORA	_____

COMENTARIOS Y OBSERVACIONES QUE DESEE AGREGAR:

FIRMA PROFESIONAL QUE DERIVA

TIMBRE DEL ESTABLECIMIENTO



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

Camino el Alba N° 10885 Fono: 27207490

