



FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DIFERENCIADA 2025

Estimado/a profesional, para apoyar a nuestros estudiantes en sus procesos de evaluación diferenciada solicitamos a usted completar la siguiente información:

Nombre estudiante: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Curso: _____ Año: _____

Necesidades educativas permanentes:

Auditiva: _____

Visual: _____

Motora: _____

Discapacidad Intelectual (rango): _____

Trastorno de espectro autista: _____

Otra (especificar): _____

Necesidades educativas transitorias (marque con una "x" en el o los cuadros que corresponda):

Déficit Atencional Inatento Hiperactividad Mixto

Dificultad del aprendizaje Escritura Cálculo Lectura

Otro: _____

Tratamiento o diagnóstico psicológico:

Especificar: _____

¿En qué área afecta? (explicar brevemente) _____

Dificultades asociadas al diagnóstico por el cual se solicita evaluación diferenciada:

Señale las asignaturas en las que el estudiante debe ser evaluado de forma diferenciada:

Lenguaje

Ciencias Naturales **(Desde primero a octavo básico)**

Inglés

Biología **(primero y segundo medio)**

Matemática

Química **(primero y segundo medio)**

Historia, Geografía y Cs.
Sociales

Física **(primero y segundo medio)**

Ciencias para la ciudadanía **(tercero y cuarto medio)**

Otra asignatura (especificar el nombre):

Indique el tipo de evaluación diferenciada que se debe aplicar y sus recomendaciones para apoyarlo en los procesos evaluativos:

Marque con una "x" en el cuadro que corresponda, en caso de marcar sí, especificar el tipo de tratamiento farmacológico:

Tratamiento farmacológico Sí No Nombre del fármaco: _____

Fecha próximo control: _____

Nombre del profesional tratante: _____ Especialidad: _____

Fecha de atención: _____

Firma y timbre especialista