



FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DIFERENCIADA 2026

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 o Combinado ☐ 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 **(primero y segundo medio)**

☐ Física **(primero y segundo medio)**

☐ Cs. para la Ciudadanía **(Tercero y Cuarto Medio)**

☐ Asignaturas Artísticas (Música y/o Artes Visuales)

Otras, Especifique:_____

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