

SOLICITUD DE APOYO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL: _____

FECHA DE SOLICITUD: ____ / ____ / ____

SECCIÓN A: IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo: _____

RUT: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ años

Curso: _____

Profesor/a Jefe: _____

SECCIÓN B: IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del Apoderado/a: _____

Parentesco: _____

RUT: _____

Teléfono de Contacto: _____

Email: _____

Dirección: _____

SECCIÓN C: DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES DE APOYO

1. Marque o fundamente las áreas en las que el estudiante requiere apoyo:

Adaptación al contexto y a la jornada escolar

Describir situaciones:

Higiene Personal

- Control de esfínteres / Uso de pañales
- Lavado de manos
- Higiene bucal
- Cambio de ropa
- Higiene menstrual
- Otro: _____

Alimentación

- Alimentación oral asistida
- Alimentación por sonda nasogástrica
- Alimentación por botón gástrico

- Apertura de envases
- Uso de utensilios adaptados
- Otro: _____

Movilidad Posicionamiento

- Transferencias silla de ruedas - inodoro
- Transferencias silla de ruedas - silla común
- Apoyo para caminar
- Cambios de posición
- Otro: _____

Administración de Medicamentos

- Medicamentos orales
- Medicamentos inhalados
- Insulina
- Otro: _____

Procedimientos Médicos

- Cateterismo intermitente
- Aspiración de secreciones
- Manejo de ostomías
- Otro: _____

Uso del tiempo de recreación

Describir situaciones:

2. Describa brevemente la condición médica o diagnóstico que fundamenta la necesidad de apoyo:

3. Frecuencia estimada del apoyo requerido:

- Permanente durante toda la jornada escolar
- Varias veces al día (especificar): _____
- Una vez al día
- Según necesidad
- Solo en situaciones específicas: _____

4. ¿El estudiante ha recibido este tipo de apoyo anteriormente en el establecimiento?

Sí No

Si respondió "Sí", describa brevemente:

SECCIÓN D: INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE

1. Profesional tratante:

Nombre: _____

Especialidad: _____

Institución: _____

Teléfono: _____

2. ¿Existen indicaciones médicas específicas para el apoyo solicitado?

Sí No

Si respondió "Sí", adjunte copia del informe médico o

describa: _____

3. ¿Hay medicamentos que el estudiante debe tomar durante la jornada escolar?

Sí No

Si respondió "Sí",

complete: _____

Medicamento	Dosis	Horario	Vía de Administración

4. ¿Existen alergias o contraindicaciones que el personal debe conocer?

Sí No

Si respondió "Sí",

especifique: _____

SECCIÓN E: INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE

1. ¿El estudiante puede comunicar sus necesidades verbalmente?

Sí, completamente

- Sí, parcialmente
- No, requiere interpretación de señales
- Utiliza sistema de comunicación alternativo: _____

2. ¿El estudiante puede participar activamente en su autocuidado?

- Sí, de forma independiente en algunas tareas
- Sí, con supervisión
- Sí, con asistencia física
- No, requiere apoyo total

3. ¿Hay preferencias específicas del estudiante que debemos considerar?

4. ¿Existen situaciones que generan ansiedad o resistencia en el estudiante?

SECCIÓN F: RECURSOS Y MATERIALES

1. ¿La familia proporcionará los insumos necesarios?

- Sí
- No
- Parcialmente

2. Insumos que la familia se compromete a proporcionar:

- Pañales (talla: _____)
- Toallas húmedas
- Cremas protectoras
- Ropa de cambio
- Sondas (tipo: _____)
- Medicamentos
- Fórmulas nutricionales
- Otros: _____

3. ¿Se requieren equipos especiales?

- Sí No

Si respondió "Sí", especifique:

SECCIÓN G: EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS

1. ¿Cuáles son las expectativas de la familia respecto al apoyo solicitado?

2. ¿Existen objetivos específicos de autonomía que se quieran trabajar?

3. ¿Con qué frecuencia le gustaría recibir información sobre el progreso del estudiante?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quincenalmente
- Mensualmente
- Solo cuando sea necesario

SECCIÓN H: DECLARACIONES Y COMPROMISOS

DECLARACIÓN DE LA FAMILIA:

Declaro que la información proporcionada en este formulario es veraz y completa. Me comprometo a:

- Proporcionar todos los insumos y materiales necesarios para el apoyo de mi hijo/a
- Mantener comunicación fluida con el establecimiento
- Informar oportunamente cualquier cambio en la condición o necesidades del estudiante
- Participar activamente en las reuniones de seguimiento
- Respetar los procedimientos establecidos por el establecimiento

CONSENTIMIENTO:

Autorizo al establecimiento educacional a proporcionar el apoyo en AVD solicitado a mi hijo/a, siguiendo los procedimientos establecidos en el protocolo institucional.

FIRMAS

APODERADO/A:

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

ESTUDIANTE (si corresponde por edad):

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

PARA USO EXCLUSIVO DEL ESTABLECIMIENTO

Fecha de Recepción: ____ / ____ / ____

Recibido por: _____

Cargo: _____

Observaciones:

Fecha de Respuesta Programada: ____ / ____ / ____

Profesional Responsable de la Evaluación:

Este formulario debe ser completado en reunión con el profesional designado del establecimiento o enviado por escrito. Una vez recibido, el establecimiento tiene un plazo máximo de 3 días hábiles para confirmar recepción y programar reunión de evaluación.