

Certificado de diagnóstico de la discapacidad o trastorno

Informo a continuación que la/el paciente (nombres y apellidos completos):

_____ perteneciente al RUT o IPE N.º _____ presenta discapacidad/trastorno que paso a detallar a continuación:

Detalle de la discapacidad/trastorno que presenta	Observaciones / Consideraciones adicionales que complementan el diagnóstico/trastorno

Nombre del/la profesional:	
N.º Rut del/la profesional:	
N.º Registro Nacional de Prestadores de Salud	
N.º Registro Profesionales para la evaluación y diagnóstico MINEDUC:	
Correo electrónico del/la profesional:	
Firma del/la profesional:	

Santiago, _____ de _____ del año 2023.

Certificado de requerimientos educativos

Informo a continuación que la/el paciente (nombres y apellidos completos):

_____ perteneciente al RUT o IPE N.º _____ presenta Necesidades Educativas Especiales, las que paso a detallar a continuación:

Expresar aquellas necesidades educativas identificadas en la/el estudiante	Apoyos específicos que requiere para la rendición de sus exámenes, atendiendo a las Necesidades Educativas Especiales que presenta

Nombre del/la profesional:	
N.º Rut del/la profesional:	
N.º Registro Nacional de Prestadores de Salud	
N.º Registro Profesionales para la evaluación y diagnóstico MINEDUC:	
Correo electrónico del/la profesional:	
Firma del/la profesional:	

Santiago, _____ de _____ del año 2023.