

## 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:	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 202\_\_\_\_.

**Nota:** El presente documento corresponde a un formato tipo, cuyo contenido será evaluado caso a caso, considerando las particularidades del usuario, así como las de cada país, ciudad, diagnóstico y requerimiento educativo.