**Informe funcionalidad**

*Este informe debe ser elaborado y firmado por un profesional de salud o educación, según corresponda. Todos los campos son de llenado obligatorio.*

1. **Datos de Identificación**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo: |  |
| Nombre social: |  |
| Rut: |  |

1. **Antecedentes de salud y funcionalidad :**

**Marque con una X la causa de la discapacidad, y escriba el o los diagnósticos correspondientes.**

Puede marcar una o más de una causa.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **X** | **Causa Discapacidad**  | **Diagnósticos asociados**  |
|  | Visual |  |
|  | Auditiva |  |
|  | Motora |  |
|  | Intelectual |  |
|  | Psíquica |  |
|  |  | Espectro autista |

|  |
| --- |
| Resumen de la condición de salud de la persona (data de la condición de salud, evolución, tratamiento, medicamentos, rehabilitación, etc.):  |
|  |

|  |
| --- |
| Descripción de la funcionalidad de la persona en relación al grado de Independencia y autonomía.  |
| **Actividades de la vida diaria básicas e instrumentales:**  |
|  |
| **Uso de ayudas técnicas (uso, cuidados, mantenimiento):** |
|  |
| **Uso de medios de comunicación:**  |
|  |
| **Habilidades de comunicación (Oral, escrita, no verbal y visual):** |
|  |
| **Habilidades emocionales (Autoconciencia, autorregulación, empatía, motivación):** |
|  |

**Marque con una X el nivel de desempeño de la persona:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dependiente** | **Necesita ayuda** | **Independiente con ayuda técnica** | **Independiente** |
| Aseo personal  |  |  |  |  |
| Desplazarse  |  |  |  |  |
| Capacidad de usar el teléfono  |  |  |  |  |
| Uso de tecnologías  |  |  |  |  |
| Hacer compras  |  |  |  |  |
| Uso de medios de transporte  |  |  |  |  |
| Iniciar una conversación  |  |  |  |  |
| Expresar opiniones  |  |  |  |  |
| Pedir ayuda |  |  |  |  |
| Hacer amigos  |  |  |  |  |
| Trabajo en equipo |  |  |  |  |
| Reconocimiento de emociones  |  |  |  |  |
| Estrategias de autorregulación |  |  |  |  |

**III. Datos del profesional que emite el informe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo: |  | Rut: |  |
| Profesión: |  | Telefono: |  |
| Correo: |  | Institucion |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA Y TIMBRE PROFESIONAL