

HOSPITAL NEUROTRAUMATOLÓGICO USMIJ

23008142 - AULA HOSPITALARIA
A/A D^a. M^a Inocencia Ureña Ortega

Orientador/a escolar: D./D^a.

FECHA:

ASUNTO: **Solicitud de información sobre un alumno/a**

DATOS DEL PROFESIONAL DE LA ORIENTACIÓN	
ORIENTADOR/A ESCOLAR: D./D ^a ..:	
<input type="checkbox"/> E.O.E. de	
<input type="checkbox"/> D.O. del IES/CDP:	

DATOS DEL ALUMNO/A	
Nombre y apellidos:	Fecha de Nacimiento:
Centro Educativo:	Localidad:
<input type="checkbox"/> NEAE DIA <input type="checkbox"/> NEAE COM <input type="checkbox"/> NEAE AA.CC.II. <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> SIN NEAE	

En virtud de lo establecido en la legislación vigente¹, y dado el carácter interactivo y participativo que se le atribuye a la evaluación psicopedagógica, entendida como una parte de la intervención educativa, deberán participar, entre otros, la familia, *facilitando el proceso de recogida de información*, y agentes sanitarios, *aportando información relevante para la identificación de NEAE y el ajuste de la respuesta educativa*,

se **SOLICITA información relevante** en cuanto a los siguientes aspectos (especificar, por ejemplo, asistencia al Aula Hospitalaria, al Hospital de Día, Fármaco/s prescrito/s, diagnóstico principal, incumplimiento terapéutico, etc.):

DATOS DEL PADRE, MADRE O REPRESENTANTE/S LEGAL/ES	
D./D ^a ..:	D.N.I.:
<input type="checkbox"/> Tras haber sido informado/a de la necesidad de recoger información de la unidad que atiende/ha atendido a mi hijo/a, para la identificación de indicios de NEAE, con el único fin de ofrecerle una respuesta educativa ajustada en el centro, AUTORIZO el acceso a dicha información.	
<input type="checkbox"/> No autorizo el intercambio de información, por lo que he sido informado/a del carácter obstruccionista y del procedimiento que iniciará la dirección del centro. ²	
En _____, a ____ de _____ de _____	
Fdo: _____	

1 Instrucciones Protocolo NEAE 2017

2 Orden de 20 de junio de 2011

