



**PROTOCOLO DE APOYO Y ASISTENCIA EN
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)
ORD.N°05/002610**

FECHA: 10 -12-2025

CODIGO – ANEXO 1 PROT.

COLEGIO CARDENAL ANTONIO SAMORE

Versión: N°001

ANEXO 1: FORMULARIO DE SOLICITUD DE APOYO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

FECHA DE SOLICITUD: ____ / ____ / ____

I. IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo: _____

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

Curso: _____ Profesor/a jefe: _____

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del Apoderado/a: _____

Parentesco: _____

RUT: _____ Teléfono de Contacto: _____

Email: _____

Dirección: _____

II. DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES DE APOYO

Marque las áreas en las que el estudiante requiere apoyo:

Adaptación al contexto y a la jornada escolar. Higiene personal. Alimentación.
 Movilidad, posicionamiento y desplazamiento. Uso del tiempo de recreación.

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:

Describa _____





**PROTOCOLO DE APOYO Y ASISTENCIA EN
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)
ORD.N°05/002610**

FECHA: 10 -12-2025

CODIGO – ANEXO 1 PROT.

COLEGIO CARDENAL ANTONIO SAMORE

Versión: N°001

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

Sí No

Describa _____

INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE:

Profesional tratante:

Nombre: _____ Especialidad: _____
Institución: _____ Teléfono: _____

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

Sí No

Describa: _____

¿Existen alergias que el personal debe conocer?

Sí No

especifique: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE

1. ¿El estudiante puede comunicar sus necesidades verbalmente?

Sí, completamente Sí, parcialmente No, requiere interpretación de lengua de señas

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

¿Hay preferencias específicas del estudiante que debemos considerar?

| | | |
|---|---|--------------------|
|  | PROTOCOLO DE APOYO Y ASISTENCIA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) ORD.N°05/002610 | FECHA: 10 -12-2025 |
| CODIGO – ANEXO 1 PROT. | COLEGIO CARDENAL ANTONIO SAMORE | Versión: N°001 |

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

RECURSOS Y MATERIALES

1. ¿Qué familiar o apoderado proporcionará los insumos necesarios?

2. Insumos que la familia se compromete a proporcionar:

Pañales (talla: _____) Toallas húmedas Cremas protectoras Ropa de cambio

Guantes mascarillas Otros: _____

¿Se requieren equipos y/o ayudas técnicas especiales?

Sí No

especifique: _____

III. EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS

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

IV. 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.

V. CONSENTIMIENTO:

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

| | | |
|---|---|--------------------|
|  | PROTOCOLO DE APOYO Y ASISTENCIA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) ORD.N°05/002610 | FECHA: 10 -12-2025 |
| CÓDIGO – ANEXO 1 PROT. | COLEGIO CARDENAL ANTONIO SAMORE | Versión: N°001 |

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: ____ / ____ / ____

