



HOJA DE DEMANDA DE COLABORACIÓN DEL EOEP/DO A EAT O EE¹.

Esta hoja de demanda deberá ser remitida, por el Director/a del EOEP General o Jefe/a del Departamento de Orientación a la Unidad de Programas Educativos correspondiente.

Fecha de cumplimentación: _____

Curso Escolar: _____

EQUIPO AL QUE SE REALIZA LA DEMANDA

(Indíquese denominación y localidad/provincia)

Atención Temprana de

Deficientes Auditivos de

ERAL DE

Trastornos Generalizados del Desarrollo de

Trastornos Graves de Conducta de

EOEP GENERAL/DPTO DE ORIENTACIÓN QUE REALIZA LA DEMANDA

Localidad/Provincia:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo-E:

Director/a del EOEP//Jefe/a del Dpto. Orientación:

Orientador/a que realiza la demanda de colaboración:

¹ EQUIPO GENERAL DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA/DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN A EQUIPOS DE ATENCIÓN TEMPRANA O EQUIPOS ESPECÍFICOS



| DATOS DEL ALUMNO/A | |
|-----------------------------|----------------------|
| Nombre y apellidos: | |
| Fecha de nacimiento: | |
| Centro educativo: Etapa: | Localidad: Curso: |
| Nombre del tutor/a: | |

| DATOS QUE APORTA EL EOEP GENERAL/DPTO. ORIENTACIÓN | |
|---|--|
| EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA PREVIA | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En proceso <i>En caso afirmativo, es prescriptivo proporcionar copia del informe resultante.</i> |
| ENTREVISTA FAMILIAR | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, es prescriptivo proporcionar información relevante en documento aparte.</i> |
| INFORMES MEDICOS | <input type="checkbox"/> Informe médico AP. <input type="checkbox"/> Informe pediátrico <input type="checkbox"/> Informe neurológico <input type="checkbox"/> Informe de Salud Mental Infanto-Juvenil <input type="checkbox"/> Informe fonoaudiológico |



| | |
|---------------------------------|---|
| | <input type="checkbox"/> Informe oftalmológico con indicaciones de agudeza y campo visual <input type="checkbox"/> Otros informes clínicos (<i>indíquese en su caso</i>) |
| INTERVENCIÓN DE OTROS SERVICIOS | <input type="checkbox"/> Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Otros (<i>especifíquese</i>) |
| OTRAS INFORMACIONES | |

| TIPO DE AYUDA QUE SE SOLICITA |
|--|
| <input type="checkbox"/> Orientación sobre pruebas psicopedagógicas <input type="checkbox"/> Colaboración en la evaluación psicopedagógica <input type="checkbox"/> Colaboración en la organización de la respuesta educativa <input type="checkbox"/> Orientación sobre materiales curriculares o equipamiento específico <input type="checkbox"/> Asesoramiento en adaptaciones curriculares <input type="checkbox"/> Solicitud de ayudas técnicas y materiales específicos |



| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Seguimiento de alumnos |
| <input type="checkbox"/> Orientaciones a la familia |
| <input type="checkbox"/> Orientaciones al profesorado |
| <input type="checkbox"/> Otra/s (Especifíquese): |

Director/a del EOEP //

Jefe/a del Dpto. Orientación

Orientador/a

Fdo.: _____ Fdo.: _____

ANEXO A LA HOJA DE DEMANDA

| | |
|--|---|
| CENTRO ESCOLAR: | |
| ORIENTADOR DEL CENTRO (DO/ EOEP): | |
| FECHA DE DEMANDA: | |
| TELÉFONO DEL CENTRO: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| PROFESOR TUTOR: | |
| PERSONAL DE APOYO: | <input type="checkbox"/> Pedagogía Terapéutica <input type="checkbox"/> Audición y Lenguaje <input type="checkbox"/> ATE <input type="checkbox"/> Ilse <input type="checkbox"/> Educadoras/es <input type="checkbox"/> Otros |
| APELLIDOS Y NOMBRE (iniciales): | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | |
| ETAPA: | NIVEL: |
| | ORDINARIA: |
| | EXTRAORDINARIA: |



| | | |
|---|--|---|
| <p>RESPUESTA EDUCATIVA QUE SE HA PUESTO EN PRÁCTICA CON EL ALUMNO/ALUMNA</p> | <p><input type="checkbox"/> Refuerzo educativo <input type="checkbox"/> Repetición (indicar curso) <input type="checkbox"/> Otras*:</p> | <p><input type="checkbox"/> Apoyo especializado <input type="checkbox"/> Adaptación curricular significativa <input type="checkbox"/> Adaptación curricular no significativa <input type="checkbox"/> Programa de Diversificación <input type="checkbox"/> PCPI <input type="checkbox"/> Otras:</p> |
|---|--|---|

* Normas aula/centro; Programas preventivos de convivencia; Coordinación profesorado sobre respuestas a conductas alteradas; Medidas específicas con el alumnado para promoción de conductas adaptadas; Desdobles; Orientación familiar; ...



INFORMACIÓN QUE DEBE APORTAR EL CENTRO

1. DATOS RELEVANTES DE LA HISTORIA PERSONAL Y ESCOLAR DEL ALUMNO/ALUMNA RELACIONADOS CON SU CONDUCTA (cambios de centro, medidas educativas y dificultades surgidas, expedientes disciplinarios, expulsiones, apercibimiento, etc).

2. DESCRIBA LAS CONDUCTAS DESAJUSTADAS QUE GENERAN EN EL ALUMNADO NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECÍFICAS ASOCIADAS A TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA:

| ANTECEDENTES | CONDUCTA | MOMENTO DE APARICIÓN | CONSECUENCIAS | FRECUENCIA | | | INTENSIDAD | | | DURACIÓN | | |
|--------------|----------|----------------------|---------------|------------|-------|------|------------|-------|---------|----------|-------|-------|
| | | | | Baja | Media | Alta | Escasa | Media | Elevada | Corta | Media | Larga |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Síntesis de la situación generada y de sus consecuencias escolares tanto en el grupo-clase como en el aula de apoyo si lo tuviere y en el centro.

Actitud y motivación del alumno/alumna ante la escuela.

Como afecta el problema al alumno/alumna.



MEDIDAS ADOPTADAS EN EL CENTRO

¿Qué medidas específicas se están adoptando en el centro?

¿Desde cuándo se están llevando a cabo?

¿Qué profesionales están interviniendo?

¿Está colaborando la familia?

¿Qué resultados se están obteniendo?

Circunstancias que pueden haber influido positiva o negativamente en la conducta del alumno/alumna (organización del centro, discrepancias o acuerdos en el equipo educativo, dificultades o posibilidades para trabajar con la familia, coherencia o incoherencia de las medidas adoptadas, coordinación o interferencia con otros servicios que actúan en el sistema escolar o familiar, etc.).

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: Tutor/Tutora

Fdo: Orientador/Orientadora del D.O /E.O.E.P.

NOTA: ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL. Los profesionales que, en razón de su cargo, deban conocer el contenido de este documento

NOTA: ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL. Los profesionales que, en razón de su cargo, deban conocer el contenido de este documento garantizarán su confidencialidad.



D./Dña. _____ padre/madre/tutor
legal del alumno/alumna _____ escolarizado/a en el centro
_____ ha sido informado por el
D.O./ E.O.E.P. de la necesidad de que intervenga con mi hijo/a el **EQUIPO ESPECÍFICO DE APOYO AL
ALUMNADO CON ALTERACIONES GRAVES DEL COMPORTAMIENTO.**

Acerca de tal propuesta, deseo manifestar que:

- Estoy de acuerdo
- Estoy dispuesto/a a colaborar en todos aquellos aspectos que el desarrollo de la intervención haga precisos.

Asimismo, autorizo al E.T.G.C. al intercambio de información con otros Servicios Socio-sanitarios.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firmado:

Padre/madre/tutor legal

NOTA: ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL. Los profesionales que, en razón de su cargo, deban conocer el contenido de este documento garantizarán su confidencialidad.

NOTA: ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL. Los profesionales que, en razón de su cargo, deban conocer el contenido de este documento garantizarán su confidencialidad.