



COLEGIO MACAYA Alto Hospicio



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN N°39 **“ASISTENCIA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA** **ADECUACIONES PARA LA VIDA DIARIA”.**

CONTIENE:

- Objetivo general.



- Pasos en la actuación

Objetivo General: Establecer los procedimientos para la asistencia en actividades de la vida diaria de los estudiantes que lo requieran y lo soliciten formalmente conforme a este protocolo, en relación a la adaptación del contexto escolar, traslado y movilización, higiene, recreación y alimentación.

I. OPORTUNIDAD Y FORMA DE SOLICITAR EL APOYO.

a) PASO 1: Identificación y levantamiento de solicitud por parte del apoderado del estudiante que lo requiera.

- **Quién puede solicitar:** La familia (apoderado titular o suplente) del estudiante, con base en la presencia de una condición médica o del neurodesarrollo.
- **Como: apoderado,** mediante entrevista personal con el docente jefe del curso de su pupilo, deberá solicitar el apoyo indicado en este protocolo según corresponda, presentando un certificado médico y/o de especialista que certifique dicha necesidad (revisar apartado II) , además de diligenciar el llenado del anexo N° 1 contemplado en este protocolo.
- **Evaluación y decisión:** El equipo de aula, analiza la información presentada y recogida por el docente jefe y propone cuál de las estrategias de asistencia requiere el estudiante. Dirección en conjunto con Inspectoría General informa la decisión al apoderado.

II. ANTECEDENTES O DOCUMENTOS REQUERIDOS.

Antecedentes médicos que respalden la condición del estudiante:

- Certificado emitido por profesional médico.
- Informe profesional de Psicólogo, Terapeuta ocupacional u otro de relevancia al contexto de AVD.

III. PERSONAS RESPONSABLES.

a) Docente Jefe: Quien recibe la solicitud del apoderado y recaba mayores antecedentes para hacer el levantamiento de información por medio de una entrevista (anamnesis, encuestas). Además de mantener una comunicación fluida con la familia durante el proceso.



- b) **Equipo Aula:** Analizar la información, crear estrategias de apoyo, preparar el ambiente escolar y dejar registro en bitácora ADV.
- c) **Dirección e Inspectoría General:** Recepción, revisión y análisis de la solicitud presentada, y comunica al apoderado el resultado de la misma.
 - Difunde, información a Dirección, UTP y Encargada de Alimentación JUNAEB.
 - Garantizar la implementación del protocolo.
- d) **Familia y/o Apoderados:**
 - Firmar el Consentimiento Informado (Anexo 2) para activar el protocolo .
 - Asegurar la provisión de insumos personales.
 - Fomentar la autonomía y responsabilidad del estudiante en casa, en línea con los objetivos del PAI.
 - Informar de cambios o sugerencias de los profesionales pertinentes en las adecuaciones necesarias.
- e) **El Estudiante:**
 - Asumir responsabilidades progresivas en su autocuidado, según su edad y capacidades, dentro de los espacios educativos.
 - Participante Activo: Su rol es central.
 - Asistencia regular a clases.

IV. MECANISMO DE RECONSIDERACIÓN.

- De manera semestral se revisarán avances o nuevos antecedentes, sin perjuicio de que debido a la necesidad se puedan realizar antes. Éstos deben ser trabajados en conjunto entre el equipo de aula y la familia. Dicha instancia se llevará a cabo por medio de una reunión en donde se deje en acta la reconsideración.

V. REGISTRO FORMAL.

- Por medio de una bitácora ADV en la que se deje registro de las acciones y de la fecha en la que se entrega el apoyo.

VI. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN EXPRESA DE LA FAMILIA.

- El apoderado deberá firmar el consentimiento informado y autorización, dicho documento sólo puede ser firmado por el apoderado titular del estudiante, debiendo acompañar además los siguientes documentos que acrediten ser el apoderado titular:



1. *Fotocopia carnet por ambos lados.*
2. *Acta de consentimiento informado.*

VII. DOCUMENTO FÍSICO O DIGITAL DE REGISTRO.

- *Bitácora de apoyo en actividades de la vida diaria (anexo 3).*

VIII. CONDICIONES FÍSICAS APROPIADAS Y ACCESIBLES.

- *Uso de sala de enfermería en caso de ser necesario.*
- *Uso de comedor de estudiantes.*
- *Uso de rampas de acceso o algún otro medio de acceso universal del establecimiento educacional, que faciliten el traslado y la movilización. Lo cual se coordinará con Inspectoría General. Es deber ineludible del apoderado **entregar al colegio, por escrito y de manera oportuna, cualquier cambio o indicación médica** respecto al manejo postural, posicionamiento o movilización del estudiante. **La institución no se hará responsable por incidentes, lesiones o complicaciones derivadas de la omisión o el retraso en la entrega de dichas indicaciones cruciales por parte de los apoderados.***
- *Preparar el ambiente escolar, con el uso de fotografías y/o pictogramas para señalar los lugares más significativos del contexto escolar (sala, patio, baño, biblioteca, lugares importantes como zona de seguridad y eventos institucionales, etc).*

IX. RECOPIACIÓN Y REVISIÓN DE ANTECEDENTES MÉDICOS RELEVANTES.

- *En los procesos de revisión de solicitud, realizados por los funcionarios ya indicados.*

X. PREPARACIÓN PREVIA DEL ESTUDIANTES.

- *Se trabajará de acuerdo al PAI, según orientaciones y lineamientos entregados por el equipo aula.*

XI. ESTABLECIMIENTO DE HORARIOS FIJOS:

- *Se trabajará siguiendo el PAI, según los acuerdos tomado con la familia y equipo aula.*



XII. DEFINICIÓN DE FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN:

- *Indicar en los casos que corresponda, según características del estudiante consignadas en el PAI.*

XIII. USO DE PLANILLAS U OTROS MEDIOS DE REGISTRO.

- *Uso de los registros de la bitácora DEC, en los casos que se requiera.*

XIV. REVISIÓN Y EVALUACIÓN ANUAL DE LOS PROTOCOLOS

- *El presente protocolo será revisado anualmente por el equipo directivo y técnico para asegurar su pertinencia y actualización normativa.*

XV. MANEJO DE SITUACIONES COMPLEJAS Y CONTINGENCIAS (CON PLAZOS ESPECÍFICOS) (CONSIDERAR).

1. Incumplimiento de compromisos por parte de la Familia.

Ejemplos: No envío de insumos, no asistencia a reuniones, no seguimiento de indicaciones.

PASOS A SEGUIR :

- Primera Instancia (Después de 2 incumplimientos):

- 1) Comunicación formal por escrito.*
- 2) Reunión obligatoria con encargados del equipo de gestión o profesional designado.*
- 3) Recordatorio de responsabilidades según consentimiento firmado.*

- Segunda Instancia (Después de 4 incumplimientos):

- 1) Reunión con Dirección.*
- 2) Carta de compromiso firmada por la familia.*
- 3) Plazo específico para cumplimiento (generalmente 1 semana).*

- Tercera Instancia (Incumplimiento persistente):

- 1) Suspensión temporal del apoyo.*
- 2) Derivación a redes de apoyo externas si es necesario.*
- 3) En caso de ser necesario y siempre a criterio del establecimiento se podrán realizar denuncias por vulneración de derechos.*

- 2. En caso de accidente, se activará el Protocolo de accidentes escolares o catástrofes contenido en el presente Reglamento Interno y Manual de Convivencia Escolar.*



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

FECHA DE SOLICITUD: ____ / ____ / ____

SECCIÓN A: IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo: _____

RUT: _____

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

Curso: _____

Profesor/a Jefe: _____

SECCIÓN B: IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del Apoderado/a: _____

Parentesco: _____

RUT: _____

Teléfono de Contacto: _____

Email: _____

Dirección: _____

SECCIÓN C: DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES DE APOYO

1. Marque las áreas en las que el estudiante requiera apoyo.

Higiene Personal

- ☐ Control de esfínteres
- ☐ Lavado de manos
- ☐ Cambio de ropa
- ☐ Otro: _____

Alimentación e Hidratación

- ☐ Alimentación oral asistida
- ☐ Apertura de envases
- ☐ Uso de utensilios adaptados
- ☐ Otro: _____

Movilidad y Transferencias

- ☐ Apoyo para caminar
- ☐ Cambios de posición
- ☐ Otro: _____



2. Describa brevemente la condición médica o diagnóstico que fundamenta la necesidad de apoyo:

2. Frecuencia estimada del apoyo requerido:

- ☐ Varias veces al día (especificar): _____
- ☐ Una vez al día
- ☐ Según necesidad
- ☐ Solo en situaciones específicas: _____

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

☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", describa brevemente:

SECCIÓN D: INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE

1. Profesional tratante:

Nombre: _____

Especialidad: _____

Institución: _____

Teléfono: _____

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

☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", adjunte copia del informe médico o describa: _____

4. ¿Existen alergias o contraindicaciones que el personal debe conocer?

☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí",
especifique: _____

SECCIÓN E: INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE

1. ¿El estudiante puede comunicar sus necesidades verbalmente?



- ☐ Sí, completamente
- ☐ Sí, parcialmente
- ☐ No, requiere interpretación de señales
- ☐ 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

3. ¿Hay preferencias específicas del estudiante que debemos considerar?

SECCIÓN F: RECURSOS Y MATERIALES

1. Fecha en la que la familia proporcionará los insumos necesarios: _____

2. Insumos que la familia se compromete a proporcionar:

- ☐ Toallas húmedas
- ☐ Ropa de cambio
- ☐ Otros: _____

SECCIÓN G: EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS

1. Objetivos específicos de autonomía que se quieran trabajar

3. ¿frecuencia de información sobre el progreso del estudiante?

- ☐ Mensualmente
- ☐ Solo cuando sea necesario

SECCIÓN H: 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

CONSENTIMIENTO:

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

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: ____ / ____ / ____

Profesional Responsable de la Evaluación:

Este formulario debe ser completado en reunión con el profesional designado del establecimiento o enviado por escrito. Una vez recibido, el establecimiento tiene un plazo máximo de 3 días hábiles para confirmar recepción y programar reunión de evaluación.



ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APOYO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

FECHA: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo: _____

RUT: _____

Curso: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DEL APODERADO/A

Nombre Completo: _____

RUT: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

Email: _____

I. INFORMACIÓN SOBRE EL APOYO EN AVD

1.1. Naturaleza del Apoyo

El presente consentimiento autoriza al establecimiento educacional a proporcionar apoyo en Actividades de la Vida Diaria (AVD) al estudiante mencionado, según las necesidades identificadas y acordadas en el Plan de Apoyo Individual (PAI).

1.2. Personal Autorizado

El apoyo será proporcionado por:

☐ Asistentes de la educación capacitados

☐ Apoderado

☐ Otro: _____

Nombre del personal designado:

Título: _____

II. DERECHOS Y GARANTÍAS

2.1. Derechos del Estudiante



El establecimiento garantiza que durante la prestación del apoyo se respetarán los siguientes derechos del estudiante:

- Dignidad y Respeto: Todo apoyo se realizará con el máximo respeto por la dignidad del estudiante
- Privacidad: Los procedimientos se realizarán en espacios privados y apropiados
- Participación: El estudiante podrá expresar sus preferencias y participar según sus capacidades
- Seguridad: Se seguirán todos los protocolos de seguridad establecidos
- Confidencialidad: La información será manejada con estricta confidencialidad

2.2. Principios del Apoyo

- Autonomía Progresiva: Se fomentará la independencia gradual del estudiante
- Individualización: El apoyo se adaptará a las necesidades específicas
- Profesionalismo: Todo el personal actuará con la máxima profesionalidad.
- Comunicación: Se mantendrá una comunicación constante con la familia.

III. RESPONSABILIDADES

3.1. Responsabilidades del Establecimiento

El establecimiento se compromete a:

- Mantener espacios adecuados y seguros para el apoyo
- Seguir estrictamente el Plan de Apoyo Individual (PAI)
- Registrar todas las intervenciones en la bitácora correspondiente
- Comunicar inmediatamente cualquier incidente o cambio significativo
- Respetar la privacidad y confidencialidad del estudiante
- Revisar y actualizar el PAI según sea necesario

3.2. Responsabilidades de la Familia

La familia se compromete a:

- Proporcionar todos los insumos y materiales necesarios
- Mantener actualizada la información médica del estudiante
- Comunicar oportunamente cualquier cambio en la condición del estudiante
- Participar en las reuniones de seguimiento programadas
- Respetar los horarios y procedimientos establecidos
- Colaborar en el desarrollo de la autonomía del estudiante en el hogar

3.3. Responsabilidades del Estudiante (según edad y capacidades)

El estudiante, según sus capacidades, se compromete a:

- Comunicar sus necesidades cuando sea posible



- Participar activamente en su autocuidado
- Respetar las indicaciones del personal de apoyo
- Expresar sus preferencias y molestias de manera apropiada

IV. PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA

4.1. Situaciones de Emergencia

En caso de emergencia médica durante el apoyo en AVD, el establecimiento:

1. Contactará servicios de emergencia si es necesario
2. Notificará inmediatamente a la familia
3. Documentará detalladamente el incidente

4.2. Contactos de Emergencia

Contacto Primario: Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Contacto Secundario: Nombre: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Relación: _____

Médico Tratante: Nombre: _____

Teléfono: _____ Centro Médico: _____

V. COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO

5.1. Frecuencia de Comunicación

- ☐ Entrevista con apoderado
- ☐ Llamada telefónica
- ☐ Solo en caso de incidentes o cambios significativos
- ☐ Otro: _____

5.2. Reuniones de Seguimiento

Se programarán reuniones de seguimiento con la siguiente frecuencia:

- ☐ Semestral ☐ Según necesidad

VI. MODIFICACIONES Y REVOCACIÓN

6.1. Modificaciones al Consentimiento

Este consentimiento puede ser modificado en cualquier momento mediante:

- Acuerdo mutuo entre familia y establecimiento
- Cambios en las necesidades del estudiante



6.2. Revocación del Consentimiento

La familia puede revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación escrita al establecimiento. La revocación será efectiva inmediatamente, salvo que existan consideraciones de seguridad que requieran un período de transición.

VII. ASPECTOS LEGALES

7.2. Resolución de Conflictos

En caso de desacuerdo o conflicto, las partes se comprometen a:

1. Buscar solución mediante diálogo directo
2. Utilizar el mecanismo de convivencia escolar del establecimiento
3. Respetar las instancias administrativas correspondientes

VIII. DECLARACIONES

8.1. Declaración de Comprensión

Declaro que:

- He leído y comprendido completamente este documento
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente
- Comprendo los riesgos y beneficios del apoyo en AVD
- Entiendo mis derechos y responsabilidades
- Otorgo este consentimiento de manera libre y voluntaria

8.2. Declaración de Veracidad

Declaro que toda la información proporcionada es veraz y completa, y me comprometo a informar oportunamente cualquier cambio relevante.

IX. CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO

Para Estudiantes de Enseñanza Media (15-18 años)

CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE:

Yo, _____, declaró que:

- Comprendo la naturaleza del apoyo que recibiré
- Estoy de acuerdo con los procedimientos descritos
- Entiendo mis derechos y responsabilidades
- Otorgo mi consentimiento para recibir este apoyo

Firma del Estudiante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

X. FIRMAS DE CONSENTIMIENTO



APODERADO/A:

Yo, _____, en mi calidad de _____ del estudiante, otorgo mi consentimiento informado para que el establecimiento educacional proporcione el apoyo en AVD descrito en este documento.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

TESTIGO (si corresponde):

Nombre: _____

RUT: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO:

Nombre: _____

Cargo: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

PARA USO EXCLUSIVO DEL ESTABLECIMIENTO

Fecha de Recepción: ____ / ____ / ____

Profesional que Recibe: _____

Observaciones:

Fecha de Activación del Apoyo: ____ / ____ / ____

Próxima Revisión Programada: ____ / ____ / ____

Este consentimiento tiene una vigencia de un año académico y debe ser renovado anualmente. Puede ser modificado o revocado en cualquier momento según las necesidades del estudiante o solicitud de la familia.



ANEXO 3: BITÁCORA DE APOYO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

ESTUDIANTE: _____

CURSO: _____ AÑO: _____

PERÍODO: Desde ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____

PERSONAL

RESPONSABLE:

INSTRUCCIONES DE USO

1. Completar TODOS los campos para cada intervención realizada.
2. Registrar apoyo proporcionado.
3. Usar códigos establecidos para agilizar el registro (ver tabla de códigos)
4. Incluir observaciones relevantes sobre el estado del estudiante.
5. Firmar cada registro para validar la información.
6. Comunicar inmediatamente cualquier situación anómala al profesional designado.

TABLA DE CÓDIGOS PARA REGISTRO RÁPIDO

TIPOS DE APOYO (TA):

- ☐ Control de esfínteres
- ☐ Lavado de manos
- ☐ Cambio de ropa
- ☐ Otro: _____

ESTADO DEL ESTUDIANTE (EE):

- C: Colaborativo
- R: Resistente
- T: Tranquilo
- N: Normal

NIVEL DE PARTICIPACIÓN (NP):

- 0: Sin participación
- 1: Participación mínima
- 2: Participación parcial
- 3: Participación activa
- 4: Casi independiente

RESULTADO (R):

- E: Exitoso
- P: Parcialmente exitoso



- I: Incompleto
- S: Suspendido

REGISTRO DIARIO

SEMANA DEL ____ / ____ / ____ **AL** ____ / ____ / ____

Fecha	Hora	TA	Duración (min)	EE	NP	R	Observaciones	Firma



--	--	--	--	--	--	--	--	--

REGISTRO DETALLADO DE INCIDENTES

INCIDENTE N° _____ - FECHA: _____ / _____ / _____

Hora del Incidente:

Tipo de Apoyo que se Realizaba: _____

Descripción del Incidente:

Acciones Tomadas:

Personal Involucrado:

Comunicaciones Realizadas:

☐ Familia contactada - Hora: :

☐ Profesional designado informado - Hora: :

Estado Final del Estudiante:

Seguimiento Requerido: ☐ Sí ☐ No

Observaciones Adicionales:

Firma del Responsable: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PAI

OBJETIVO 1: _____

Meta:

Fecha	Actividad Realizada	Nivel de Logro (1-5)	Observaciones

OBJETIVO 2: _____

Meta: _____



Fecha	Actividad Realizada	Nivel de Logro (1-5)	Observaciones

OBJETIVO 3: _____

Meta: _____

Fecha	Actividad Realizada	Nivel de Logro (1-5)	Observaciones

COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA

REGISTRO DE COMUNICACIONES

Fecha	Tipo	Motivo	Contenido/Resultado	Responsable



	☐ Llamada ☐ Email ☐ Agenda ☐ Reunión			
	☐ Llamada ☐ Email ☐ Agenda ☐ Reunión			
	☐ Llamada ☐ Email ☐ Agenda ☐ Reunión			
	☐ Llamada ☐ Email ☐ Agenda ☐ Reunión			
	☐ Llamada ☐ Email ☐ Agenda ☐ Reunión			

CONTROL DE INSUMOS

INVENTARIO SEMANAL

Semana del / / al / /

Insumo	Cantidad Inicial	Cantidad Utilizada	Cantidad Final	Estado
Toallas húmedas				☐ Suficiente ☐ Bajo ☐ Agotado
Ropa de cambio				☐ Suficiente ☐ Bajo ☐ Agotado
Otros:				☐ Suficiente ☐ Bajo ☐ Agotado

Solicitudes Realizadas a la Familia:

EVALUACIÓN SEMANAL

SEMANA DEL ____ / ____ / ____ **AL** ____ / ____ / ____



1. Aspectos Positivos de la Semana:
2. Dificultades Encontradas:
3. Cambios Observados en el Estudiante:
4. Sugerencias para Mejorar el Apoyo:
5. Necesidades de Capacitación o Recursos:
6. Comunicación con la Familia - Resumen:

Firma del Responsable: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

OBSERVACIONES GENERALES

Esta bitácora debe mantenerse actualizada. Es un documento confidencial que forma parte del expediente del estudiante.



ANEXO 4: PLAN DE APOYO INDIVIDUAL (PAI) EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

PERÍODO DE VIGENCIA: Desde ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo: _____

RUT: _____

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

Curso: _____

Profesor/a Jefe: _____

Fecha de Elaboración del PAI: ____ / ____ / ____

Fecha de Próxima Revisión: ____ / ____ / ____

II. EQUIPO RESPONSABLE

PROFESIONALES PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN:

Nombre	Cargo/Especialidad	Rol en el PAI	Firma
		Coordinador/a PIE	
		Asistente de Apoyo AVD	
		Profesor/a Jefe	
		Apoderado/a	
		Estudiante (si corresponde)	
		Profesional Externo	

PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE:

☐ Sí participó

☐ No participó - Motivo: _____

Preferencias _____ expresadas por _____ el
estudiante: _____



III. DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES

3.1. Diagnóstico Principal:

3.2. Diagnósticos Secundarios:

3.3. Profesional Tratante:

Nombre: _____

Especialidad: _____

Institución: _____

Teléfono: _____

3.4. Medicamentos Actuales:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía	Observaciones

3.5. Alergias y

Contraindicaciones: _____

VI. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE APOYO

Marque las áreas en las que el estudiante requiera apoyo.

Higiene Personal

☐ Control de esfínteres

☐ Lavado de manos

☐ Cambio de ropa

☐ Otro: _____



Alimentación e Hidratación

- ☐ Alimentación oral asistida
- ☐ Apertura de envases
- ☐ Uso de utensilios adaptados
- ☐ Otro: _____

Movilidad y Transferencias

- ☐ Apoyo para caminar
- ☐ Cambios de posición
- ☐ Otro: _____

2. Describa brevemente la condición médica o diagnóstico que fundamenta la necesidad de apoyo:

3. Frecuencia estimada del apoyo requerido:

- ☐ Varias veces al día (especificar): _____
- ☐ Una vez al día
- ☐ Según necesidad
- ☐ Solo en situaciones específicas: _____

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

☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", describa brevemente:

V. OBJETIVOS DEL PAI

OBJETIVO GENERAL:



VI. PLAN DE INTERVENCIÓN DETALLADO

6.1. PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS POR ÁREA

A) HIGIENE PERSONAL

Procedimiento	Frecuencia	Horario	Duración Estimada	Personal Responsable	Observaciones Especiales

Técnicas Específicas a Utilizar:

Adaptaciones Necesarias:

B) ALIMENTACIÓN

Tipo de Alimentación	Horario	Duración	Cantidad/Volumen	Observaciones

Técnicas Específicas:

Precauciones:



C) MOVILIDAD

Tipo de Transferencia	Frecuencia	Técnica a Utilizar	Ayudas Técnicas	Observaciones

Consideraciones de Seguridad:

VII. HORARIO SEMANAL DE APOYO

DISTRIBUCIÓN SEMANAL

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
08:00-08:30					
08:30-09:00					
09:00-09:30					
09:30-10:00					
10:00-10:30					
10:30-11:00					
11:00-11:30					
11:30-12:00					
12:00-12:30					



12:30-13:00					
13:00-13:30					
13:30-14:00					
14:00-14:30					
14:30-15:00					
15:00-15:30					
15:30-16:00					

Observaciones sobre Horarios:

- Los horarios pueden ajustarse ± 15 minutos según actividades de clase
- Prioridad a solicitudes espontáneas del estudiante
- Coordinación con recreos y cambios de hora cuando sea posible

VIII. ACUERDOS Y COMPROMISOS

8.1. COMPROMISOS DE LA FAMILIA

Provisión de Insumos:

☐ Ropa de cambio (Diario)

☐ Otros: _____

Comunicación:

☐ Respuesta a llamadas del establecimiento

☐ Asistencia a reuniones programadas

☐ Información oportuna de cambios en la condición del estudiante

Refuerzo en el Hogar: _____

8.2. COMPROMISOS DEL ESTABLECIMIENTO

Personal:

- Personal capacitado y competente
- Supervisión profesional constante
- Capacitación continua del equipo

Recursos:



- Espacios adecuados y privados
- Equipamiento necesario
- Stock de emergencia de insumos básicos

Comunicación:

- Registro diario en bitácora
- Comunicación inmediata de incidentes
- Reuniones de seguimiento programadas

8.3. PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE

Responsabilidades Acordadas:

Preferencias Respetadas:

IX. INDICADORES DE PROGRESO Y EVALUACIÓN

9.1. MÉTODOS DE EVALUACIÓN

- ☐ Registro diario en bitácora
- ☐ Lista de cotejo mensual
- ☐ Observación estructurada
- ☐ Autoevaluación del estudiante
- ☐ Otro: _____

9.2. CRONOGRAMA DE EVALUACIONES

Tipo de Evaluación	Frecuencia	Responsable	Próxima Fecha
Revisión mensual	Mensual	Coordinador/a PIE	____ / ____ / ____
Reunión con familia	Bimestral	Equipo completo	____ / ____ / ____
Evaluación semestral	Semestral	Equipo completo	____ / ____ / ____

X. PLAN DE CONTINGENCIA

10.1. SITUACIONES PREVISTAS Y RESPUESTAS

Si el estudiante se niega al apoyo:

- 1.
- 2.
- 3.



Si no hay insumos disponibles:

- 1.
- 2.
- 3.

Si hay cambios en la condición del estudiante:

- 1.
- 2.
- 3.

Si el personal de apoyo no está disponible:

- 1.
- 2.
- 3.

10.2. CONTACTOS DE EMERGENCIA

Familia - Contacto Primario:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Familia - Contacto Secundario:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Médico Tratante: Nombre: _____

Teléfono: _____

Centro de Salud de Referencia:

Nombre: _____

Teléfono: _____

XI. CRITERIOS PARA MODIFICACIÓN DEL PAI

11.1. SITUACIONES QUE REQUIEREN MODIFICACIÓN INMEDIATA:

- ☐ Cambio significativo en la condición médica del estudiante
- ☐ Negativa sistemática del estudiante al apoyo
- ☐ Solicitud fundamentada de la familia
- ☐ Logro anticipado de objetivos
- ☐ Identificación de nuevas necesidades

11.2. PROCESO DE MODIFICACIÓN:

1. Identificación de la necesidad de cambio
2. Reunión del equipo responsable
3. Evaluación de la situación
4. Propuesta de modificaciones
5. Consenso con familia y estudiante



6.Implementación de cambios

7.Seguimiento de resultados

XII. FIRMAS DE APROBACIÓN

ESTUDIANTE (si corresponde por edad):

Declaro que he participado en la elaboración de este PAI y estoy de acuerdo con los objetivos y procedimientos establecidos.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

APODERADO/A:

Declaro que he participado activamente en la elaboración de este PAI y me comprometo a cumplir con los acuerdos establecidos.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

COORDINADOR/A PIE:

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

ASISTENTE DE APOYO AVD:

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

PROFESOR/A JEFE:

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

DIRECTOR/A:

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

XIII. CONTROL DE VERSIONES

Versión	Fecha	Modificaciones Realizadas	Responsable
1.0	____ / ____ / ____	Versión inicial	



XIV. ANEXOS AL PAI

- ☐ Anexo A: Informes médicos actualizados
- ☐ Anexo B: Indicaciones específicas de procedimientos
- ☐ Anexo C: Horarios de medicamentos detallados
- ☐ Anexo D: Otros: _____

Este PAI es un documento vivo que debe ser revisado y actualizado regularmente según las necesidades cambiantes del estudiante. Su implementación efectiva requiere el compromiso y colaboración de todos los actores involucrados.