



PROTOCOLO PARA LA ASISTENCIA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) COLEGIO SAN JOAQUIN LA SERENA

ABRIL DE 2026



Contenido

OBJETIVO DEL PROTOCOLO	3
FUNDAMENTO LEGAL	3
DEFINICIONES OPERATIVAS	3
PRINCIPIOS ORIENTADORES	4
ROLES Y RESPONSABILIDADES	6
PROCEDIMIENTO INSTITUCIONAL	7
Etapa 1: Solicitud	7
Etapa 2: Evaluación	7
Etapa 3: Implementación	7
Etapa 4: Registro y Seguimiento	8
Etapa 5: Reconsideración	8
VIGENCIA, DIFUSIÓN Y MEJORA CONTINUA	9
ANEXOS	9



OBJETIVO DEL PROTOCOLO

El presente Protocolo regula la asistencia a estudiantes en Actividades de la Vida Diaria dentro del establecimiento, con el propósito de garantizar apoyos seguros, oportunos y dignos que favorezcan su acceso, participación y progreso escolar, buscando definir un procedimiento institucional estandarizado que garantice la atención, acompañamiento y apoyo, favoreciendo la autonomía progresiva de los estudiantes en los diversos contextos del establecimiento.

FUNDAMENTO LEGAL

Este protocolo se elabora en cumplimiento del Ordinario N°05/2610 de la División de Educación General (2025), que instruye a los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado a contar con un procedimiento formal para la solicitud, evaluación, implementación y seguimiento de los apoyos en Actividades de la Vida Diaria (AVD).

En particular, se consideran los principios y garantías establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2008), la Ley General de Educación (DFL N.° 2/2009, arts. 3 k, 10 a y 11), la Ley N.° 20.422 sobre inclusión social de personas con discapacidad, la Ley N.° 21.545 sobre la atención integral y protección de los derechos de estudiantes autistas y su Circular N°586 de 2023 de la Superintendencia de Educación, el Decreto N°170/2009, que regula el Programa de Integración Escolar (PIE) y el Dictamen N°74/2025 de la Superintendencia de Educación sobre financiamiento de apoyos en AVD. Asimismo, se resguarda el tratamiento de datos personales y de salud conforme a la normativa pertinente, y se observan los criterios de accesibilidad universal definidos por la OGUC para rutas y servicios higiénicos accesibles.

Finalmente, se consideran las disposiciones de la Ley de Subvenciones respecto del uso de recursos y la prohibición de cobros adicionales a las familias por la implementación de estos apoyos.

DEFINICIONES OPERATIVAS

Se entiende por Actividades de la Vida Diaria (AVD) aquellas habilidades prácticas y funcionales que son necesarias para desenvolverse y enfrentarse exitosamente a las exigencias del medio y que se vinculan a las acciones básicas y cotidianas que permiten a las personas desenvolverse de manera autónoma en diversos contextos y desafíos de la vida diaria.

A efectos de este anexo, las Actividades de la Vida Diaria comprenden acciones que permiten al estudiante desenvolverse de manera segura y autónoma en el contexto escolar. Incluyen, a modo de



ejemplo:

- a) Adaptación al contexto y jornada escolar:** Adecuación de tiempos, rutinas, espacios y actividades para favorecer su bienestar, comunicación, participación y permanencia significativa. Ajuste a rutinas y espacios del establecimiento.
- b) Movilidad, posicionamiento y desplazamiento:** Los apoyos para movilidad y posicionamiento, apoyo y acompañamiento seguro en el traslado dentro del establecimiento, cambio de postura y uso de ayudas técnicas (sillas de ruedas, andadores, entre otros).
- c) Alimentación:** La asistencia en alimentación (oral, entérica, parenteral y manejo de diabetes según pauta médica) y apoyo en estudiantes con selectividad alimentaria.
- d) Higiene personal:** (incluido control de esfínteres, muda, aseo perineal, cateterismo o cuidados de colostomía) y acompañamiento en el uso de servicios higiénicos.
- e) Transición entre actividades/uso del tiempo libre:** El acompañamiento para el uso del tiempo de recreación y la regulación socioemocional, apoyo en traslados hacia y desde espacios recreativos, acompañamiento emocional y conductual, o participación en actividades recreativas y de descanso, apertura a espacios alternativos (biblioteca, aula de recursos).

Se entiende por “equipo de aula” al conjunto de profesionales que, en colaboración, planifican y ejecutan respuestas educativas para mejorar la participación y los aprendizajes. Por “asistente técnico idóneo” se reconoce a la persona con formación técnica pertinente y actualizada, debidamente acreditada, con competencias y condiciones de idoneidad para ejecutar los apoyos autorizados.

PRINCIPIOS ORIENTADORES

La implementación de apoyos en AVD se rige por:

- 1. Enfoque de DDHH y dignidad:** El respeto irrestricto a la persona estudiante, promoviendo su autonomía progresiva y priorizando su seguridad.
- 2. Inclusión y no discriminación:** Se actúa con enfoque de derechos y de inclusión, evitando toda forma de discriminación y procurando que los ajustes razonables se inserten dentro de la vida escolar ordinaria. Ningún estudiante podrá ser excluido o tratado de manera diferenciada por su condición.
- 3. Autonomía Progresiva:** Acciones orientadas al apoyo y aumento en el grado de independencia. El apoyo técnico no debe limitarse únicamente a tareas de cuidado, sino que debe promover la máxima autonomía progresiva del estudiante.
- 4. Participación y Corresponsabilidad:** La familia, el colegio y los equipos profesionales actúan en colaboración activa y permanente en el diseño, implementación y evaluación de los apoyos.
- 5. Transparencia y conocimiento:** Los procedimientos estarán claramente descritos y serán socializados con rigurosidad a la comunidad educativa.
- 6. Confidencialidad:** La información personal y sanitaria se maneja con estricta confidencialidad, y la familia participa informada en la toma de decisiones, en coherencia con la edad y madurez del



estudiante.

7. Seguridad y bienestar: Las acciones deberán garantizar la integridad física y emocional del estudiante.

ROLES Y RESPONSABILIDADES



Sostenedor	Velar por la provisión de recursos y el cumplimiento normativo. Asegurar la existencia, difusión y aplicación del presente protocolo.
Rector / Inspectora General	Organiza y supervisa el proceso, designa responsables y asegura las condiciones físicas necesarias.
Rector / Inspectora General / Encargada de Convivencia Educativa / Orientadora / Coordinadoras de Ciclo.	Incorporar los apoyos AVD dentro de la planificación anual operativa cuando se requiera y los recursos pertinentes.
Coordinadoras de Ciclo / Orientadora Encargada de Convivencia Educativa	Aplicar estrategias inclusivas en aula y espacios comunes. Participar en la planificación y evaluación de los apoyos AVD.
Terapeuta Ocupacional / Fonoaudióloga Educadora Diferencial	Ejecutar las acciones definidas en el plan AVD del estudiante. Registrar cada procedimiento realizado (formato institucional). Mantener actualización de competencias técnicas, conforme a la Ley 21.109 o 19.464.
El/la Apoderado (a)	Informar las necesidades de apoyo y entregar los antecedentes médicos actualizados mensualmente. Proveer los implementos personales requeridos (pañales, sondas, insumos médicos, insulina, tiras reactivas, insumos de aseo personal, etc.). Firmar consentimiento informado y participar activamente en la evaluación del proceso, actualizando siempre la información entregada al Establecimiento.
El/la estudiante	De acuerdo con su desarrollo, expresa sus preferencias y es preparado para incrementar su autonomía.



PROCEDIMIENTO INSTITUCIONAL

El procedimiento se desarrolla en las siguientes etapas:

Etapa 1: Solicitud

La solicitud de apoyos debe ser presentada por el/la apoderado (a) cuando lo requiera. Para estudiantes nuevos, debe presentarse por escrito ante la Rectoría, Inspectoría General, Coordinadoras Académicas, adjuntando antecedentes médicos, informes terapéuticos u otros que acrediten la necesidad. Para estudiantes antiguos, la solicitud se puede realizar mediante el formulario institucional (Anexo 1). El establecimiento entregará un acuse de recibo.

Se ingresa a través de Rectoría, Inspectoría General, Coordinadoras Académicas, con los antecedentes clínicos relevantes y con el consentimiento informado.

Etapa 2: Evaluación

Recibida la solicitud, el establecimiento dispone de un plazo máximo de diez días hábiles para evaluar las necesidades y riesgos. La evaluación será realizada por: Rector, Inspector General, Coordinadoras de Ciclo, Orientadora y Encargada de Convivencia Educativa, considerando la funcionalidad del estudiante, los informes presentados, observaciones en aula y entrevistas. Se determinará el tipo, frecuencia y nivel de apoyo requerido, así como los recursos humanos e infraestructura necesarios. El resultado se registrará en un Informe Técnico de Evaluación AVD (Anexo 2).

Con base en esa evaluación se elaborará un Plan Individual de Apoyo en AVD (PIAVD) (Anexo 4) que describe metas, actividades, responsables, horarios e indicadores de seguimiento. La implementación articula lo pedagógico y lo asistencial. El/la apoderado (a) titular deberá firmar un consentimiento informado (Anexo 3) con los resultados de la evaluación y calificación de los apoyos.

Etapa 3: Implementación

En la adaptación al contexto, se anticipan rutinas, se adecúan espacios y se mantiene comunicación continua con el/la apoderado (a).

En movilidad y posicionamiento, se programan cambios posturales, haciendo uso correcto de ayudas técnicas.

En alimentación, se respetan las pautas médicas y se coordina con servicios alimentarios provistos por el/la apoderado (a). En el caso de estudiantes con diabetes, se seguirá el plan de manejo individual, que incluye horarios de medición de glicemia, administración de insulina (solo de manera excepcional y autorizado previamente por escrito por el/la apoderado (a) en casos de urgencia), y el reconocimiento y actuación ante señales de alerta.



En higiene personal, se garantiza privacidad y condiciones sanitarias, ejecutando procedimientos sensibles solo por personal interno.

Durante recreos, se promueven interacciones y estrategias de regulación emocional en espacios adecuados.

Al profesional responsable se le entregará un horario con los estudiantes que requieren apoyos en AVD, el cual es aprobado y socializado por la Rectoría.

Etapa 4: Registro y Seguimiento

Cada actuación se registra de manera inmediata en una planilla oficial de registro AVD (Anexo 5), dejando constancia de fecha, hora, procedimiento, observaciones y firma del responsable.

Ante un evento adverso o cambio clínico, se activa el protocolo de emergencias, se notifica a la familia y se revisa el PLAN INDIVIDUAL DE APOYO. El plan se evalúa semestralmente con el o la apoderado (a) y el equipo; se ajusta cuando cambian las necesidades o se cierra cuando se alcanzan niveles satisfactorios de autonomía. Rectoría, Inspectoría General, Coordinaciones de Ciclo y Orientadora revisará mensualmente los registros. La Coordinadora del Ciclo revisará mensualmente los registros.

Etapa 5: Reconsideración

En caso de disconformidad o negativa, el/la apoderado (a) podrá solicitar reconsideración ante la Rectoría del establecimiento, que resolverá en un plazo máximo de 10 días hábiles. En caso de requerir ajustes al plan antes del plazo de evaluación, debe ser solicitado por el/la apoderado (a) mediante escrito a Rectoría, Inspectoría General y Coordinadoras de Ciclo, especificando ajustes y adjuntando evidencia (certificado).

INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS: El establecimiento mantiene rutas accesibles y servicios higiénicos adecuados, así como espacios específicos para procedimientos que aseguren privacidad, higiene y seguridad. Los insumos personales que aporte el/la apoderado (a) se almacenan en lugares identificados y de acceso restringido, de manera segura y diferenciada para el estudiante.

PROTECCIÓN DE DATOS Y CONFIDENCIALIDAD: La información personal y de salud se resguarda conforme a la normativa vigente. El acceso a expedientes y registros se limita al personal autorizado y se utiliza exclusivamente para fines educativos y de seguridad del estudiante. Todo el personal involucrado deberá cumplir con normas de bioseguridad, confidencialidad y ética profesional.

GESTIÓN DE RIESGOS Y BIOSEGURIDAD: Todos los procedimientos se realizan bajo estándares de seguridad e higiene. Antes y después de cada intervención se higienizan las manos, se utilizan elementos



de protección personal según la naturaleza del procedimiento y se garantiza la limpieza y desinfección de superficies y materiales. En traslados y posicionamientos se aplican técnicas seguras, se previenen lesiones por presión mediante cambios posturales programados y se eliminan residuos conforme a la normativa sanitaria.

VIGENCIA, DIFUSIÓN Y MEJORA CONTINUA

El presente protocolo entra en vigencia desde su publicación, se difunde entre los integrantes de la comunidad educativa y se revisa al menos una vez al año o cuando se produzcan cambios normativos o de contexto que lo ameriten, por la Rectoría, el Comité de Convivencia Escolar y la Rectoría del establecimiento, considerando observaciones de la comunidad educativa y sugerencias de mejora.

ANEXOS

Anexo 1. Formulario de solicitud de apoyo AVD.

Anexo 2. Informe Técnico de Evaluación AVD.

Anexo 3. Consentimiento Informado para Apoyos en Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Anexo 4. Plan Individual de Apoyo AVD (PIAVD).

Anexo 5. Registro Diario de Apoyos en AVD.

Anexo 6. Formulario de Revocación de Consentimiento- Apoyos AVD.

ANEXO 7 · Acta de entrega de insumos por el/la Apoderado (a)



ANEXOS – APOYO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

ANEXO 1 · FORMULARIO DE SOLICITUD DE APOYO AVD

I. IDENTIFICACIÓN

Estudiante		RUT	
Fecha de nacimiento		Curso	
Apoderado / Tutor		RUT	
Teléfono / Correo		Domicilio	

II. ANTECEDENTES DE LA SOLICITUD (Marque con una X)

Motivo de la solicitud

- Requiere asistencia permanente en actividades de la vida diaria (alimentación, aseo, movilidad, adaptación, recreación).
- Requiere asistencia parcial en actividades de la vida diaria.
- Requiere supervisión en momentos específicos (traslado, recreos, almuerzo, adaptación, higiene).
- Otro: _____

Contextos donde se requiere apoyo

<input type="checkbox"/> Aula común	<input type="checkbox"/> Patio / recreo
<input type="checkbox"/> Comedor	<input type="checkbox"/> Baño
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

III. DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES DEL ESTUDIANTE (Especifique)

Apoyos requeridos en actividades de la vida diaria:

Alimentación: (Ej.: asistencia oral, texturas especiales, selectividad alimentaria, medición de glicemia, administración de insulina, manejo de bomba de insulina, necesidad de colación intermedia, etc.)



Higiene Personal: (Ej.: muda, aseo perineal, manejo de pañal, lavado de manos/dientes, cateterismo, colostomía, etc.)

Desplazamiento / Movilidad: (Ej.: traslado supervisado, uso de silla de ruedas, andador, cambios posturales, etc.)

Organización en Rutinas Escolares: (Ej.: apoyo para transiciones, anticipación de actividades, regulación emocional, etc.)

Otro: (Ej.: administración de medicamentos distintos a insulina, cuidados específicos de salud, etc.)

Grado de autonomía

Dependencia total

Dependencia parcial

Autonomía con supervisión mínima



IV. FUNDAMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Especifique las principales características del estudiante que justifican la necesidad de acompañamiento por una asistente, en relación con sus necesidades en adaptación, movilidad, alimentación, higiene personal y/o recreación:

Solicitante (Nombre y cargo / parentesco)	Fecha de solicitud	Firma



Frecuencia / horarios sugeridos:

Recursos e infraestructura requeridos: (Ej.: espacio privado para procedimientos, refrigerador para insulina, glucagón de emergencia, etc.)

Responsable propuesto: (Perfil: asistente técnico, enfermero, etc.)

Conclusión y recomendaciones para el Plan Individual de Apoyo AVD (PIAVD):

Firma Evaluador / Nombre	Firma Evaluador / Nombre	Firma Evaluador / Nombre



ANEXO 3 · CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APOYOS EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

COLEGIO SAN JOAQUIN DE LA SERENA

Este consentimiento autoriza la ejecución de apoyos en AVD por personal idóneo del establecimiento, explicita los procedimientos autorizados, los riesgos y medidas de seguridad asociados, los derechos de la familia y del/la estudiante, y regula el tratamiento de datos personales y de salud para fines educativos.

1. IDENTIFICACIÓN

Estudiante		RUT	
Fecha de nacimiento		Curso	
Apoderado/a o Tutor		RUT	
Teléfono / Correo		Domicilio	

2. PROCEDIMIENTOS AVD AUTORIZADOS

Marque con una 'X' en la casilla correspondiente. Puede autorizar parcialmente y dejar observaciones específicas.

Área	Descripción específica	Autorizo (Sí / No)	Frecuencia / horario	Responsable designado	Observaciones
Adaptación al contexto	Anticipación, organización de espacios, apoyos visuales, comunicación familia-escuela.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			



Área	Descripción específica	Autorizo (Sí / No)	Frecuencia / horario	Responsable designado	Observaciones
Movilidad / Posicionamiento	Traslados supervisados, uso de ayudas técnicas, cambios de postura programados.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Alimentación – Vía oral	Asistencia en alimentación, texturas especiales, apoyo en selectividad alimentaria, supervisión de ingesta.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Alimentación – Enteral / Parenteral	SNG, botón gástrico o parenteral; control y registro de volúmenes y equipos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Diabetes: Medición de glicemia	Realizar punción digital para medir nivel de glucosa en sangre con glucómetro provisto por la familia.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Diabetes: Administración de insulina	Aplicar insulina vía jeringa o pluma, según dosis indicada en pauta médica firmada. (Solo personal sanitario o entrenado y autorizado explícitamente por la familia y el colegio).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Diabetes: Manejo de bomba de insulina	Asistencia en la operación básica de la bomba (ej.: bolo para comidas) y monitoreo de alarmas, según entrenamiento.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Diabetes: Reconocimiento y actuación ante emergencias	Aplicar protocolo ante síntomas de hipoglucemia (ej.: administrar azúcar, jugo, glucagón si está prescrito) o hiperglucemia, y contactar a familia/emergencias.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Higiene personal	Muda, aseo perineal, manejo de pañal, lavado de manos, dientes.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cateterismo / Colostomía	Procedimientos conforme a pauta médica y entrenamiento documentado.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			



Área	Descripción específica	Autorizo (Sí / No)	Frecuencia / horario	Responsable designado	Observaciones
Recreación / Regulación	Acompañamiento socioemocional, actividades guiadas, uso de espacios alternativos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

3. RIESGOS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Se aplicarán normas de bioseguridad: higiene de manos, guantes y EPP según procedimiento, superficies limpias y eliminación segura de residuos (especialmente punzantes como lancetas y agujas, en contenedor rígido aportado por la familia).
- En traslados y posicionamientos se utilizarán técnicas seguras y ayudas técnicas pertinentes, con doble apoyo cuando sea necesario.
- Los procedimientos invasivos (p. ej., cateterismo, botón gástrico, administración de insulina) se realizarán solo por personal entrenado y documentado en el Acta de Entrenamiento, siguiendo estrictamente la pauta médica vigente.
- Se registrará cada procedimiento en la planilla oficial inmediatamente después de su ejecución.
- Ante cualquier signo de alarma o evento adverso (hipoglucemia severa, pérdida de conciencia, reacción alérgica, etc.) se activará el protocolo de emergencias (llamar al 131) y se notificará a la familia de inmediato.

4. DERECHOS, REVOCACIÓN Y VIGENCIA

- Derecho a recibir información clara, oportuna y comprensible sobre procedimientos y responsables.
- Derecho a acceder, rectificar y solicitar eliminación de datos personales según la normativa vigente.
- Derecho a solicitar modificación o suspensión de apoyos cuando cambien las condiciones de salud o autonomía del/la estudiante.
- Derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento mediante comunicación escrita al establecimiento.
- Vigencia del consentimiento: desde ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____, o hasta su revocación por escrito.

5. TRATAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE DATOS

1. Autorizo el tratamiento de datos personales y de salud de mi hijo/a con la finalidad exclusiva de implementar y registrar los apoyos AVD y garantizar su seguridad y participación escolar. Autorizo No autorizo



2. Transferencia de información estrictamente necesaria a profesionales externos de salud (endocrinólogo, pediatra) para la coordinación del apoyo. Autorizo
No autorizo

6. AUTORIZACIONES LOGÍSTICAS ESPECÍFICAS

1. Acompañamiento del/la estudiante fuera del aula para procedimientos (ej.: ir a la enfermería para medir glicemia). Autorizo No autorizo
2. Uso de ascensor / salva escaleras y rutas accesibles con acompañamiento. Autorizo No autorizo
3. Uso de salas de aseo accesibles y espacios de procedimiento designado. Autorizo No autorizo
4. Almacenamiento de insulina en refrigerador del colegio y de kit de emergencia (glucagón, azúcar, etc.) en lugar accesible pero seguro. Autorizo No autorizo

7. REGISTRO DE FIRMAS

Nombre / Firma / RUT Apoderado (a)	Nombre / Firma / RUT Estudiante (si \geq 14 años)	Nombre / Firma / RUT Responsable del Colegio	Nombre / Firma / RUT Rector / Inspector General



ANEXO 4 · PLAN INDIVIDUAL DE APOYO AVD (PIAVD)

(Integrado en el Plan de Apoyo Individual - PAI)

I. IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante		Nivel o Curso	
RUN		Fecha de Nac.	
Diagnóstico / Condición de salud relevante		Alergias / Otras condiciones	
Apoderado(a)			

II. EQUIPO RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL APOYO AVD

Rol / Profesional	Nombre	Función en el apoyo AVD
Coordinador/a		Supervisión general del plan.
Profesor/a Jefe		Comunicación con familia y equipo.
Asistente Técnico designado		Ejecución directa de los apoyos.



Rol / Profesional	Nombre	Función en el apoyo AVD
Profesional de salud asesor (si aplica)		Capacitación y supervisión de procedimientos específicos (enfermero, endocrinólogo asesor).
Otro:		

III. PLANIFICACIÓN DE LOS APOYOS EN AVD

Ámbito de apoyo	Tipo de apoyo específico (basado en consentimiento)	Frecuencia y horario	Contexto (lugar)	Recursos necesarios (aportados por familia / colegio)	Metas / Indicadores de logro
Adaptación					
Movilidad					
Alimentación (oral / especial)					
Diabetes: Monitoreo	.	Antes del almuerzo, 13:00 hrs.	Sala de enfermería.	Glucómetro, tiras, lancetas, contenedor de punzantes (familia).	Registro diario en planilla. Comunicación a familia de valores fuera de rango.
Diabetes: Insulinoterapia		13:15 hrs. (post-medición).	Sala de enfermería.	Insulina, jeringas/plumas, pauta médica escrita y firmada (familia).	Administración correcta y registro. Verificación de dosis por dos personas si el protocolo lo exige.
Diabetes: Emergencias		Cuando se requiera.	Donde ocurra.	Kit de emergencia: jugo, azúcar, glucagón (familia).	Activación oportuna del protocolo. Aviso inmediato a familia y emergencias si es necesario.



Ámbito de apoyo	Tipo de apoyo específico (basado en consentimiento)	Frecuencia y horario	Contexto (lugar)	Recursos necesarios (aportados por familia / colegio)	Metas / Indicadores de logro
Higiene personal					
Recreación / Regulación					

IV. CAPACITACIÓN REQUERIDA PARA EL PERSONAL

Procedimiento	Persona que Capacita (ej.: enfermero de la familia, endocrinólogo)	Fecha de Capacitación	Firma de Asistente Capacitado
Uso de glucómetro y registro.			
Técnica de administración de insulina.			
Reconocimiento de síntomas y manejo de hipoglucemia / hiperglucemia.			
Uso de glucagón.			
Otros:			

V. FIRMAS



Coordinador/a Firma	Profesor/a Jefe Firma	Asistente Designado Firma	Apoderado/a Firma	Estudiante (si corresponde) Firma	Rector/a Firma



Fecha	Hora	Procedimiento realizado (describir)	Contexto (Lugar)	Observaciones / Incidentes	Firma del Asistente

Observaciones generales del mes (por Terapeuta Ocupacional y/o Fonoaudióloga y/o Educadora Diferencial):

Revisión Coordinación	Fecha



ANEXO 6 · FORMULARIO DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO – APOYOS AVD

Yo, _____, RUT _____, en mi calidad de ()
madre () padre () apoderado/a () tutor legal del/la estudiante:

_____, RUT _____, comunico que REVOCO el consentimiento
otorgado para los apoyos en AVD, a contar de la fecha ____ / ____ / ____.

El establecimiento podrá tomar medidas prudentes para resguardar la continuidad y seguridad del/la estudiante mientras se ajustan los procedimientos.

Motivo (opcional):

Lugar y fecha	Firma Apoderado/a	RUT

Recepción por el Establecimiento (nombre y cargo)	Firma	Fecha

