

**ANEXO VII**

**HOJA DE DEMANDA DE COLABORACIÓN DEL EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA GENERAL/ DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN AL EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA O EQUIPOS ESPECÍFICOS**

***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: \_\_\_\_\_

<b>EQUIPO AL QUE SE REALIZA LA DEMANDA</b> (Indíquese denominación y localidad/provincia)
Atención Temprana de _____
Deficientes Auditivos de _____
Deficientes Visuales de _____
Trastornos Generalizados del Desarrollo de _____
Trastornos Graves de Conducta de _____

<b>EOEP GENERAL/DPTO DE ORIENTACIÓN QUE REALIZA LA DEMANDA</b>
Localidad/Provincia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo-E: _____
Director/a del EOEP//Jefe/a del Dpto. Orientación: _____
Orientador/a que realiza la demanda de colaboración: _____

<b>DATOS DEL ALUMNO/A</b>	
Nombre y apellidos: _____	
Fecha de nacimiento: _____	
Centro educativo: _____	Localidad: _____
Etapas: _____	Curso: _____
Nombre del tutor/a: _____	

DATOS QUE APORTA EL EOEP GENERAL/DPTO. ORIENTACIÓN	
EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA PREVIA	<p>Sí    No    En proceso</p> <p><i>En caso afirmativo, es prescriptivo proporcionar copia del informe resultante.</i></p>
ENTREVISTA FAMILIAR	<p>Sí    No</p> <p><i>En caso afirmativo, es prescriptivo proporcionar información relevante en documento aparte.</i></p>
INFORMES MEDICOS	<p>Informe médico AP.</p> <p>Informe pediátrico</p> <p>Informe neurológico</p> <p>Informe de Salud Mental Infanto-Juvenil</p> <p>Informe fonoaudiológico</p> <p>Informe oftalmológico con indicaciones de agudeza y campo visual</p> <p>Otros informes clínicos (<i>indíquese en su caso</i>)</p>
INTERVENCIÓN DE OTROS SERVICIOS	<p>Servicios Sociales</p> <p>Otros (<i>especifíquese</i>)</p>
OTRAS INFORMACIONES	

**TIPO DE AYUDA QUE SE SOLICITA**

Orientación sobre pruebas psicopedagógicas

Colaboración en la evaluación psicopedagógica

Colaboración en la organización de la respuesta educativa

Orientación sobre materiales curriculares o equipamiento específico

Asesoramiento en adaptaciones curriculares

Solicitud de ayudas técnicas y materiales específicos

Seguimiento de alumnos

Orientaciones a la familia

Orientaciones al profesorado

Otra/s (*Especifíquese*):

Director/a del EOEP //

Jefe/a del Dpto. Orientación

Orientador/a

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_



**Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de  
Trastornos Graves de Conducta  
Cáceres**

Avda. M. Primo de Rivera, 2-8ª planta, 10001 CÁCERES  
Teléfonos: 927 00 11 15/ 00 12 32/ 001236

**ANEXO A LA HOJA DE DEMANDA**

<b>CENTRO ESCOLAR:</b>	
<b>ORIENTADOR DEL CENTRO (DO/ EOEP):</b>	
<b>FECHA DE DEMANDA:</b>	
<b>TELEFONO DEL CENTRO:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>
<b>PROFESOR TUTOR:</b>	
<b>PERSONAL DE APOYO:</b>	<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

<b>APELLIDOS Y NOMBRE (iniciales):</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	
<b>ETAPA:</b>	<b>NIVEL:</b>

<b>RESPUESTA EDUCATIVA QUE SE HA PUESTO EN PRÁCTICA CON EL ALUMNO/ALUMNA</b>	<b>ORDINARIA:</b> <input type="checkbox"/> Refuerzo educativo <input type="checkbox"/> Repetición (indicar curso) <input type="checkbox"/> Otras*:	<b>EXTRAORDINARIA:</b> <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:

\* 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

**2.1. 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.**

**2.2. Actitud y motivación del alumno/alumna ante la escuela.**

**2.3. Cómo afecta el problema al alumno/alumna.**

### **3. MEDIDAS ADOPTADAS EN EL CENTRO**

**3.1. ¿Qué medidas específicas se están adoptando en el centro?**

**3.2. ¿Desde cuándo se están llevando a cabo?**

**3.3. ¿Qué profesionales están interviniendo?**

**3.4. ¿Está colaborando la familia?**

**3.5. ¿Qué resultados se están obteniendo?**

**3.6. 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.

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/hija el **Equipo Específico de Apoyo al Alumnado con Trastornos Graves de Conducta.**

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.