**PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL Y CONDUCTUAL (PLAN DE MANEJO INDIVIDUAL) LEY TEA N° 21.545 (PAEC)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identificación del niño/a, adolescente o joven** | | | | |
| Nombre completo |  | | RUN |  |
| Fecha Nacimiento |  | | Edad |  |
| Diagnóstico N.E.E. | * NEET   ☒NEEP   * SIN N.E.E. | Trastorno del Espectro Autista | Curso |  |
| Profesor(a) Jefe | |  | | |
| Celular |  | | Correo |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identificación apoderado preferente y forma de contacto** | | | |
| Nombres |  | Apellido Paterno |  |
| Apellido Materno |  | Run |  |
| Celular |  | Correo |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identificación apoderado alternativo y forma de contacto** | | | |
| Nombres |  | Apellido Paterno |  |
| Apellido Materno |  | Run |  |
| Celular |  | Correo |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipo de profesionales a cargo y sus funciones** | | | |
| Nombre Completo |  | Profesión |  |
| Responsabilidad |  | | |
| Celular |  | Correo |  |

**Indicaciones especiales ante una situación de mayor vulnerabilidad emocional y/o desafío conductual del estudiante:**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Posee indicaciones médicas y de especialistas? (Detallar)** | |
| * SI * NO | Trastorno Espectro Autista |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Ingiere algún medicamento? (Detallar)** | |
| * SI * NO |  |

**Fortalezas y Desafíos:**

**Eventuales causas, intenciones comunicativas y manifestaciones frecuentes que le provocan una situación desafiante:**

**Habilidades y Necesidades de Apoyo:**

**Identificación de “gatilladores/gatillantes o estresores” en el establecimiento (si existen):**

**Intereses y Experiencias de Disfrute:**

**Estímulos sensoriales o elementos del entorno que favorecen o interfieren en el confort y su bienestar:**

**Objetos, pictogramas o actividades de interés que resultan útiles para cambiar su foco de atención:**

**Palabras, frases, gestos, pictogramas o actitudes claves para atender su situación desafiante:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Si existe un diagnóstico clínico previo, identificación de profesionales fuera del establecimiento que intervienen:** | | | | |
| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno | Profesión | Teléfono centro de atención donde ubicarlo. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estrategias individuales ante situaciones desafiantes:** | | |
| Fase | Manifestaciones Comunes | Estrategias para desarrollar |
| Inicio |  |  |
| Crecimiento |  |  |
| Explosión |  |  |
| Recuperación |  |  |

**Observaciones:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DIRECTOR FIRMA UTP FIRMA COORDINADORA FIRMA ORIENTADORA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA ESPECIALISTA FIRMA PSICÓLOGA FIRMA DOCENTE FIRMA APODERADO**