

## CERTIFICADO DERIVACIÓN NEURÓLOGO

En Concepción, a 30 de junio de 2025

Mediante la presente solicito:

Al profesional competente que realice una evaluación neurológica para la paciente Sofía Fernanda Parra Sánchez, RUT 26.573.777-3, de 6 años y 7 meses. Quien está siendo atendida psicológicamente, debido a dificultades en el comportamiento, conductas agresivas y baja tolerancia a la frustración.

Durante el proceso de evaluación se ha observado en la paciente conductas de desregulación emocional y conductual, que se presentan mayoritariamente en el contexto escolar. A continuación, se detalla las conductas observadas y las características de funcionamiento de la niña:

- Hiperactividad física, paciente se muestra en movimiento constante, teniendo dificultades para permanecer quieta por algunos minutos.
- Dificultades para mantener la atención, donde se aprecia que la paciente tiende a distraerse constantemente y tener problemas para volver a poner atención a la tarea que está realizando.
- Dificultades para respetar normas de convivencia. Tendencia a desregularse rápidamente y realizar acciones agresivas en contra de sus pares o profesora.
- Desregulación emocional caracterizada por intensa rabia, que provienen de situaciones que le generan frustración.
- Dificultades para identificar sus propias emociones que escapan a lo esperado para su edad, por ende, se presenta baja regulación emocional.

Tales síntomas y conductas han estado afectando significativamente las distintas áreas de vida de la paciente, en el hogar, relaciones con sus pares y de manera muy importante en el ámbito escolar.

Debido a lo anterior, se sospecha el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H), a través de este documento se solicita poder evaluar diagnóstico y tratamiento farmacológico y, si así lo dispone, entregar orientaciones para mejorar su tratamiento psicológico.

Se agradece de antemano la atención realizada.

Sin otro particular,  
Se despide atentamente,

  
**JAVIERA MORALES ALARCÓN**

PSICÓLOGA CLÍNICA  
RUT: 18.810.640-4  
REG. N° 507589

FAMILY MEDICAL CARE SPA  
RUT: 77.018.974-8  
Giro: Servicios Médicos y Procedimientos a Domicilio  
Avenida O'Higgins Poniente 77, Oficina 1808  
Fono +56963552661, correo [contacto@familymedicalcare.cl](mailto:contacto@familymedicalcare.cl)  
[www.familymedicalcare.cl](http://www.familymedicalcare.cl)

