

Entregar a: _____

Nombre del niño: Aatest, Student

Fecha: 4/23/2013

Fecha de nacimiento: 8/1/00

DECLARACIÓN MÉDICA O DECLARACIÓN DE EVALUACIÓN DE SALUD

Al médico o profesional de la salud: El niño arriba mencionado ha sido referido para una evaluación para determinar su elegibilidad para servicios de educación especial. La ley de Oregón requiere que se obtenga una declaración médica a una evaluación médica para ciertas categorías de discapacidades. El equipo de evaluación educacional utilizará esta declaración médica para ayudar a determinar la elegibilidad para servicios de educación especial.

A continuación se marcan las áreas de interés para el programa. Por favor, asístanos respondiendo a cada pregunta con una marca en la primera casilla de la línea. *Para obtener información adicional, consulte el dorso de este formulario.*

Nota: Responda a la(s) pregunta(s) en el área o áreas marcadas abajo.

<input type="checkbox"/>	<p>1. El niño tiene un problema de visión. En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda a continuación:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </div> <div style="width: 80%;"> <input type="checkbox"/> La agudeza visual del niño es 20/70 o menor con corrección en el mejor ojo. <input type="checkbox"/> El campo visual del niño está restringido a 20 grados o menos en el mejor ojo. <input type="checkbox"/> El niño tiene una patología ocular o una enfermedad ocular progresiva que se anticipa que reducirá la agudeza visual o el campo visual a uno de los criterios anteriores. <input type="checkbox"/> No se puede hacer una prueba al niño pero demuestra tener una visión funcional inadecuada. </div> </div> <p>Comentarios: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>2. El niño tiene un problema auditivo. En caso afirmativo, complete lo siguiente:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </div> <div style="width: 80%;"> <input type="checkbox"/> El niño tiene una pérdida auditiva sensorio-neural. <input type="checkbox"/> El niño tiene una pérdida auditiva conductiva que <input type="checkbox"/> es <input type="checkbox"/> no es tratable. <input type="checkbox"/> El uso de amplificación <input type="checkbox"/> es <input type="checkbox"/> no es apropiado. </div> </div> <p>Comentarios: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>3. El niño tiene un trastorno de la voz.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </div> <div style="width: 80%;"> <p>Comentarios: _____</p> </div> </div>
<input type="checkbox"/>	<p>4. Hay factores físicos que contribuyen a un problema del habla o del lenguaje.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </div> <div style="width: 80%;"> <p>Comentarios: _____</p> </div> </div>
<input type="checkbox"/>	<p>5. El niño tiene un problema <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> ortopédico</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </div> <div style="width: 80%;"> <input type="checkbox"/> motor que es permanente o que se anticipa que durará más de 60 días. En caso afirmativo, proporcione un diagnóstico o una descripción del problema. </div> </div>
<input type="checkbox"/>	<p>6. El niño ha sufrido una lesión cerebral, causada por una fuerza física externa, que se anticipa que durará por lo menos 60 días. En caso afirmativo, proporcione un diagnóstico o una descripción del daño.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </div> <div style="width: 80%;"></div> </div>
<input type="checkbox"/>	<p>7. Hay factores físicos o sensoriales que pueden afectar el desempeño educativo del niño.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </div> <div style="width: 80%;"> <p>En caso afirmativo, describa: _____</p> </div> </div>

Physician's Signature/Title: _____

Date: _____

Print Name: _____