|  |  |
| --- | --- |
| **Distrito escolar/ Agencia pública** | **Referencia – Educación especial**34 C.F.R. §300.301(b) |
|  |
| **Nombre del estudiante** | **WISER ID** | **FDN** | **Año escolar** | **Fecha**  |
|  |  |  |  |  |
| **Nombre(s) de padre o guardián** | **Nombre(s) de padre o guardián** |
|  |  |
| **Domicilio (Ciudad, Estado y Zona Postal)** | **Domicilio (Ciudad, Estado y Zona Postal)** |
|  |  |
| **Información de contacto** | **Información de contacto** |
| **Casa:**  | **Celular:** | **Casa:**  | **Celular:** |
| **Trabajo:** | **Correo electrónico:** | **Trabajo:** | **Correo electrónico:** |

**Razón para la referencia**

**Escriba las razones por las que Ud. cree que el niño/a tiene una discapacidad y necesita educación especial y servicios relacionados. Explique detalladamente el desempeño académico y no académico del niño/a. Hay que incluir cualquier información médica, emocional o relacionada con la salud del niño/a.**

**Escribe las razones que Ud. cree el niño/a tiene una discapacidad y necesita educación especial y servicios relacionados. Explique detalladamente el desempeño académico y no académico del**

**Intervenciones y efectos**

|  |
| --- |
| **Favor de explicar, con detalles, cualquier intervención, servicio u otro programa usado para responder a las necesidades del niño/a. Hay que incluir información de cuánto duraron las intervenciones, servicios o programas y los resultados de las intervenciones en el desempeño del niño/a, hasta donde se sepa.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del niño/a** | **FDN** | **Año escolar** |
|  |  |  |

**Examen del oído y de la vista**

|  |
| --- |
| **Documente los resultados del examen de oído y vista; cualquier porción fallada indica que todo el examen falló.**  |
| **Examen de la vista****Fecha de examen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Visión: □ CORREGIDA (lentes/lentes de contacto) □ SIN CORRECIÓN** |
|  | **AMBOS OJOS** | **IZQUIERDO** | **DERECHO** |
| **Agudeza de distancia** | 20/ | 20/ | 20/ |
| **Agudeza cercana** | 20/ | 20/ | 20/ |
| **Seguimiento** | **□ PASADO □ FALLADO** |
| **Vista de estéreo** | **□ PASADO □ FALLADO** |
| **Vista de color** | **□ PASADO □ FALLADO** |
| **Notas:** |
| **Examen del oído****Fecha de examen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **OTOSCOPIA:** |
| **RESULTADOS DE TONO PURO @ 20 dB** | **1.0 kHz** | **2.0 kHz** | **4.0 kHz** |
| **Oído derecho** | **□PASADO □FALLADO** | **□ PASADO □ FALLADO** | **□ PASADO □ FALLADO** |
| **Oído izquierdo** | **□PASADO □FALLADO** | **□ PASADO □ FALLADO** | **□ PASADO □ FALLADO** |
| **TIMPANOMETRÍA** | **PRESIÓN** | **CUMPLIMIENTO** |
| **Oído derecho** | **□ PASADO □ FALLADO** | **□ PASADO □ FALLADO** |
| **Oído izquierdo** | **□ PASADO □ FALLADO** | **□ PASADO □ FALLADO** |
| **Notas:** |

**Involucración de los padres**

|  |
| --- |
| **Explique cómo se han tratado las preocupaciones con los padres.** |

Cómo las preocupación

Firma de quien hace la referencia:

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para uso de la agencia solamente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y título del representante de la agencia pública recibiendo la referencia** | **Fecha de recibo de referencia** | **Procedimientos de medidas preventivas proporcionadas al padre de familia para la referencia inicial** 34 C.F.R. §300.504(a)(1) |
|  |  | Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_ |