

Formulario de preparación de informe para el Censo de sordoceguera infantil de 2016			
Complete y envíe a:			
¡DETÉNGASE! SOLO complete este formulario para los individuos que tienen un problema visual y auditivo. NO LO UTILICE para un individuo que solo tiene un problema visual.			
Fecha de hoy:			
Estado del informe de este individuo (marque la opción correspondiente): <input type="checkbox"/> Sordoceguera <input type="checkbox"/> Necesidades complejas <input type="checkbox"/> Derivación			
Parte I: Información acerca del individuo con sordoceguera			
Nombre		Apellido:	
Primer nombre:			
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Raza/Etnia (Seleccione UNA opción, la que mejor describa la raza/etnia del individuo):			
<input type="checkbox"/> 1 Indígena estadounidense o nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> 5 Blanco	
<input type="checkbox"/> 2 Asiático		<input type="checkbox"/> 6 Nativo hawaiano/isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> 3 Afroamericano		<input type="checkbox"/> 7 dos o más razas	
<input type="checkbox"/> 4 Hispano/latino			
Entorno de residencia (Seleccione UN entorno, el que mejor describa dónde reside el individuo la mayor parte del año):			
<input type="checkbox"/> 1 Hogar: Padres biológicos/adoptivos		<input type="checkbox"/> 6 Hogar de grupo (menos de 6 residentes)	
<input type="checkbox"/> 2 Hogar: Familia extendida		<input type="checkbox"/> 7 Hogar de grupo (6 o más residentes)	
<input type="checkbox"/> 3 Hogar: Padres sustitutos		<input type="checkbox"/> 8 Departamento (con integrantes que no pertenecen a la familia)	
<input type="checkbox"/> 4 Establecimiento residencial estatal		<input type="checkbox"/> 9 Residencia de enfermería pediátrica	
<input type="checkbox"/> 5 Establecimiento residencial privado		<input type="checkbox"/> 555 Otro:	
Primer nombre de padre, madre o tutor 1:		Apellido:	
Ciudad:	Estado:	Código postal	
Teléfono (con código de área)		Condado de residencia:	
Primer nombre de padre, madre o tutor 2:		Apellido:	
Ciudad:	Estado:	Código postal	
Teléfono (con código de área)		Condado de residencia:	
Parte II: Antecedentes médicos/discapacidades del individuo			
Clasificación primaria de la discapacidad visual (Seleccione UNA opción, la que mejor describa la clasificación primaria del problema visual del individuo):			
<input type="checkbox"/> 1 Visión reducida (agudeza visual de 20/70 a 20/200>)		<input type="checkbox"/> 6 Pérdida progresiva diagnosticada	
<input type="checkbox"/> 2 Legalmente ciego (agudeza visual de 20/200 o menos, o restricción de campo visual de 20 grados)		<input type="checkbox"/> 7 Requiere pruebas adicionales	
<input type="checkbox"/> 3 Solo percibe la luz		<input type="checkbox"/> 9 Pérdida de visión funcional documentada	
<input type="checkbox"/> 4 Totalmente ciego			
El problema de la visión, ¿es de origen cortical?			
<input type="checkbox"/> 1 sí		<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe	
Clasificación primaria de la discapacidad auditiva (Seleccione UNA opción, la que mejor describa la clasificación primaria del problema auditivo del individuo):			
<input type="checkbox"/> 1 Leve		<input type="checkbox"/> 5 Profunda	
<input type="checkbox"/> 2 Moderada		<input type="checkbox"/> 6 Pérdida progresiva diagnosticada	
<input type="checkbox"/> 3 Moderadamente severa		<input type="checkbox"/> 7 Requiere pruebas adicionales	
<input type="checkbox"/> 4 Severa		<input type="checkbox"/> 9 Pérdida auditiva funcional documentada	
¿Padece un trastorno central de la percepción auditiva (CAPD)?			
<input type="checkbox"/> 1 sí		<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe	
¿Padece una neuropatía auditiva?			
<input type="checkbox"/> 1 sí		<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe	
¿Tiene un implante coclear?			
<input type="checkbox"/> 1 sí		<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 2 No sabe	

Ortopédico/ Físico	(0) No (1) Sí	Necesidades de Asistencia Médica complicadas	(0) No (1) Sí
Cognitivo	(0) No (1) Sí	Comunicación, Habla/ el Idioma	(0) No (1) Sí
Comportamental	(0) No (1) Sí	Otro	(0) No (1) Sí

(Especifique): _____

Etiología (Indique UNA etiología de la lista a continuación que mejor describa la etiología primaria de la discapacidad del individuo. Indique "Otra" si ninguna de las etiologías enumeradas corresponde a la discapacidad primaria):

Síndromes y trastornos hereditarios/cromosómicos

101 Síndrome de Aicardi 102 Síndrome de Alport 103 Síndrome de Alstrom 104 Síndrome de Apert (Acrocefalosindactilia, tipo 1) 105 Síndrome de Bardet-Biedl (Laurence Moon-Biedl) 106 Enfermedad de Batten 107 Síndrome de CHARGE 108 Cromosoma 18 en anillo 18 109 Síndrome de Cockayne 110 Síndrome de Cogan 111 Síndrome de Cornelia de Lange 112 Síndrome del maullido de gato (síndrome del cromosoma 5p) 113 Síndrome de Crigler-Najjar 114 Síndrome de Crouzon (disostosis craneofacial) 115 Síndrome de Dandy Walker 116 Síndrome de Down (Trisomía 21) 117 Síndrome de Goldenhar 118 Enfermedad de Hand-Schuller-Christian (Histiocitosis X) 119 Síndrome de Hallgren 120 Síndrome de Ramsay Hunt (herpes zóster) 121 Síndrome de Hunter (MPS II) 122 Síndrome de Hurler (MPS I-H) 123 Síndrome de Kearns-Sayre 124 Secuencia de Klippel-Feil 125 Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber 126 Displasia de Kniest 127 Amaurosis congénita de Leber 128 Enfermedad de Leigh 129 Síndrome de Marfan	130 Síndrome de Marshall 131 Síndrome de Maroteaux-Lamy (MPS VI) 132 Síndrome de Moebius 133 Monosomía 10p 134 Síndrome de Morquio (MPS IV-B) 135 NF1 - Neurofibromatosis (enfermedad de Von Recklinghausen) 136 NF2 - Neurofibromatosis acústica bilateral 137 Enfermedad de Norrie 138 Degeneración óptico-cocleo-dental 139 Síndrome de Pfeiffer 140 Síndrome de Prader-Willi 141 Síndrome de Pierre-Robin 142 Síndrome de Refsum 143 Síndrome de Scheie (MPS I-S) 144 Síndrome de Smith-Lemli-Opitz (SLO) 145 Síndrome de Stickler 146 Síndrome de Sturge-Weber 147 Síndrome de Treacher Collins 148 Trisomía 13 (Trisomía 13-15, síndrome de Patau) 149 Trisomía 18 (Síndrome de Edwards) 150 Síndrome de Turner 151 Síndrome de Usher I 152 Síndrome de Usher II 153 Síndrome de Usher III 154 Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada 155 Síndrome de Waardenburg 156 Síndrome de Wildervanck 157 Síndrome de Wolf-Hirschhorn (Trisomía 4p) 199 otros ____
--	--

Complicaciones prenatales/congénitas

201 Rubéola congénita 202 Sífilis congénita 203 Toxoplasmosis congénita 204 Citomegalovirus (CMV) 205 Síndrome alcohólico fetal 206 Hidrocefalia 207 Consumo de drogas de la madre 208 Microcefalia 209 Herpes simple (HSV) neonatal 299 Otra _____
--

Complicaciones posparto/no congénitas

301 Asfixia 302 Trauma directo en el ojo o el oído 303 Encefalitis 304 Infecciones 305 Meningitis 306 Lesión grave en la cabeza 307 Accidente cerebrovascular 308 Tumores 309 Inducido químicamente 399 otros ____

Relacionado con el nacimiento prematuro

401 Complicaciones del nacimiento prematuro

Sin diagnosticar

501 Sin determinación de la etiología

Parte III: Ley de Educación para Personas Discapacitadas (IDEA)

---Parte C---

Código de categoría de la Parte C (Indique el código de categoría principal según el cual se informó sobre el individuo en la Parte C, Censo infantil de IDEA – Seleccione solo UNA opción).

1 En riesgo 2 Con retraso en el desarrollo 888 No informado según la Parte C de IDEA

Entorno de intervención temprana

1 Hogar 2 Entorno comunitario 3 Otro entorno

Estado de educación especial/Salida de la Parte C (Indique UN código que describa de la mejor manera el estado del programa de educación especial del individuo)

0 En un programa de intervención temprana de la Parte C 6 Falleció
 1 Completó el Plan de servicio familiar individualizado (IFSP) antes de alcanzar la edad máxima 7 Se mudó fuera del estado Para la Parte C
 2 Elegible para IDEA, Parte B 8 Retirado por el padre/tutor
 3 No elegible para la Parte B, derivación a otro programa 9 Intentos de comunicarse con el padre/tutor o el menor
 4 No elegible para la Parte B, salida sin derivación no satisfactorio
 5 No se determinó la elegibilidad para la Parte B

---Parte B---

Código de categoría de la Parte B (Indique el código de categoría principal según el cual se informó sobre el individuo en la Parte B, Censo infantil de IDEA – Seleccione solo UNA opción).

1 Discapacidad intelectual 9 Sordoceguera
 2 Discapacidad auditiva (incluye la sordera) 10 Múltiples discapacidades
 3 Discapacidad del habla o el lenguaje 11 Autismo
 4 Discapacidad visual (incluye ceguera) 12 Lesión cerebral traumática
 5 Trastorno emocional 13 Retraso en el desarrollo (de 3 a 9 años de edad)
 6 Problema ortopédico 14 No categórico
 7 Otro problema de salud 888 No informado según la Parte B de IDEA
 8 Discapacidad de aprendizaje específica

Entorno de educación especial infantil temprana (de 3 a 5 años de edad)

1 En un programa de primera infancia (EC) regular, más de 10 horas por semana, con servicios 4 En un programa de EC regular, menos de 10 horas por semana, con servicios de otra institución
 2 En un programa de EC regular, más de 10 horas por semana, con servicios de otra institución 5 Asiste a una clase diferente
 3 En un programa de EC regular, menos de 10 horas por semana con servicios 6 Asiste a una escuela diferente
 7 Asiste a una institución residencial
 8 Ubicación del proveedor de servicios
 9 Hogar

Entornos para la edad escolar (de 6 a 21 años de edad)

9 Asiste a la clase regular al menos el 80 % de la jornada 13 Asiste a una institución residencial
 10 Asiste a la clase regular el 40 %-79 % del día 14 Programa de estudio en casa/hospital
 11 Asiste a la clase regular el 40 % de la jornada 15 Establecimientos penitenciarios
 12 Asiste a una escuela diferente 16 Colocado por los padres en una escuela privada

Estado de educación especial/Salida de la Parte B

0 En Educación especial para la primera infancia (ECSE) o Programa de educación especial para la edad escolar
 1 Transferido a un programa de educación regular 5 Falleció
 2 Se graduó con un diploma de educación regular 6 Se mudó; continúa en el programa
 3 Recibió un certificado 7 (no se utiliza intencionalmente)
 4 Alcanzó la edad máxima 8 Desertó

Participación en evaluaciones estatales

1 Evaluación estatal de nivel de grado regular 4 (no se utiliza intencionalmente)
 2 Evaluación de estatal del nivel de grado regular con ajustes 5 (no se utiliza intencionalmente)

O 3 Evaluaciones alternativas

O 6 Aún no es necesario

Estado de salida del proyecto para personas con sordoceguera

O 0 Elegible para recibir servicios del proyecto para personas con sordoceguera (DB)

O 1 Ya no es elegible para recibir servicios del proyecto para personas con DB

Tecnología de asistencia

Lentes correctivos	O 1 sí	O 0 No	O 2 No sabe
Dispositivos de audición asistida	O 1 sí	O 0 No	O 2 No sabe
Tecnología de asistencia complementaria	O 1 sí	O 0 No	O 2 No sabe

Servicios de mediadores: Los servicios de mediadores brindan acceso a información y comunicados, y favorecen el desarrollo del bienestar social y emocional de los niños con sordoceguera. En los entornos educativos, los servicios de mediadores son proporcionados por un individuo, generalmente un auxiliar pedagógico, que ha recibido capacitación especializada en sordoceguera y el proceso de intervención. Un mediador brinda apoyo personalizado constante a un estudiante con sordoceguera (de 3 a 21 años de edad) durante la jornada escolar.

Al trabajar con el asesoramiento y la instrucción de un maestro del estudiante u otro individuo responsable de garantizar la implementación del IEP del estudiante, estos son los roles principales de un mediador:

- brindar acceso constante al material de instrucción y a la información del entorno que los estudiantes comúnmente obtienen a través de la vista y el oído, pero que no está disponible en forma total o parcial para una persona que padece sordoceguera;
- brindar acceso al desarrollo y uso de habilidades de comunicación receptivas y expresivas, y colaborar en esto;
- promover el desarrollo y mantenimiento de relaciones interactivas de confianza que promueven el bienestar social y emocional; y
- brindar apoyo para ayudar a un estudiante a relacionarse con otras personas y aumentar las conexiones sociales y la participación en actividades.

Recibe servicios de mediadores O 1 sí O 0 No O 2 No sabe

Información de la escuela

Agencia/escuela:

Dirección de calle:

Ciudad: Estado: Código postal

Número de teléfono Número de fax:

Nombre del profesor

Correo electrónico del maestro

Distrito Escolar

Devuelva este formulario y el Permiso para el formulario de autorización correspondiente (si ya lo devolvió el individuo o el padre/tutor, antes del _____)

Dirigido a:

Ante cualquier duda, llame a _____ al _____ o a _____ al _____

Gracias por completar este formulario