



## Proyecto de Referencia de Discapacidades Dúo Sensoriales de Rhode Island

**Por favor, devuelva el formulario completado a:**

Jennifer Carrier  
Rhode Island DSI Project  
Centro Sherlock on Disabilities  
Rhode Island College  
600 Mt. Pleasant Ave.  
Providence, RI 02908

Oficina: 401-456-4737  
Linea Directa: 401-456-2835  
Fax: 401-456-8150  
Correo Electrónico: [jcarrier@ric.edu](mailto:jcarrier@ric.edu)

**NOTA:** La siguiente información debe ser completada por el equipo educativo/familia del estudiante para cualquier referencia hecha al Proyecto DSI (por sus siglas en inglés) de Rhode Island. Siéntase libre de enviar por fax o correo electrónico el referido para agilizar este proceso. Sin embargo, será necesario enviar o presentar una copia de la referencia con firmas originales al Proyecto DSI en la primera visita.

**Los siguientes documentos son requeridos además de los formularios de referencia:**

- Un formulario de autorización emitido por la organización referente y firmado por el padre o tutor legal del niño/ña.
- Una evaluación de la visión debe incluir información detallada sobre la agudeza visual del estudiante (con corrección, tanto de cerca como a distancia), limitaciones del campo visual, funcionamiento visual general, presencia de nistagmo, funcionamiento del sistema ocular, fecha de inicio de la condición visual y su etiología.
- Una evaluación auditiva debe incluir información detallada sobre el grado de pérdida auditiva del estudiante, tipo de pérdida auditiva, funcionamiento auditivo general, pérdida en el procesamiento auditivo, fecha de inicio de la condición auditiva, etiología, cualquier condición crónica que interfiera significativamente con el modo de aprendizaje auditivo, y la audición actual con corrección (si es necesario).
- Un informe educativo (IEP o IFSP) que documente información importante como: estrategias de enseñanza efectivas, preferencias del estudiante y la familia, resultados de evaluaciones, niveles actuales de rendimiento en todas las áreas aplicables, metas anuales, servicios y adaptaciones (como tecnología asistencial, audífonos, ampliación, comunicación).

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Referencia: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Etiología/Diagnósticos Importantes: \_\_\_\_\_

### **Información de contacto del padre/tutor**

Nombre del padre/tutor(es): \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre/tutor(es): \_\_\_\_\_

Número telefónico del padre/tutor(es): \_\_\_\_\_

### **Para niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad, por favor complete la siguiente información:**

Nombre de Intervención Temprana: \_\_\_\_\_

Dirección de Intervención Temprana: \_\_\_\_\_

Número teléfono de Intervención Temprana: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto Principal de Intervención Temprana: \_\_\_\_\_

Cargo/Título: \_\_\_\_\_

### **Para niños a partir de los 3 años de edad o más, por favor complete la siguiente información:**

Ubicación Educativa: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de la Escuela: \_\_\_\_\_

Número telefónico de la escuela: \_\_\_\_\_

Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Nivel de Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de Casos: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del Coordinador de Casos: \_\_\_\_\_

Maestro/a de Discapacidades Visuales: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Otros Miembros Clave del Equipo: \_\_\_\_\_

## Información del Estudiante

Clasificación Primaria de Pérdida de Visión del Niño/ña (**Haga un círculo** al nivel que mejor describe la pérdida de visión):

- Visión Baja
- Legalmente Ciego
- Percepción de Luz Únicamente
- Totalmente Ciego
- Pérdida Progresiva Diagnosticada
- Otro:

Clasificación Primaria de Pérdida Auditiva del Niño/ña (**Haga un círculo** al nivel que mejor describe la pérdida auditiva):

- Pérdida Auditiva Leve
- Pérdida Auditiva Moderada/Severa
- Pérdida Auditiva Severa
- Pérdida Auditiva Profunda
- Diagnóstico de Pérdida Auditiva Progresiva
- Otro:

- |   |    |    |
|---|----|----|
| ¿El/La niño/ña usa anteojos/lentes? .....                                 | Sí | No |
| ¿El/La estudiante tiene discapacidad visual cortical (CVI)? .....         | Sí | No |
| ¿El/La niño/ña utiliza algún mecanismo de asistencia para escuchar? ..... | Sí | No |
| ¿El/La niño/ña utiliza un implante coclear? .....                         | Sí | No |
| ¿El/La niño/ña utiliza un sistema FM? .....                               | Sí | No |

¿Cómo se comunica el niño de manera más efectiva? (Por ejemplo: habla oral, lenguaje de señas, símbolos visuales, objetos representativos, gestos, comunicación informal):



### Autorización para Difundir la Información

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_

Para el propósito de: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo, Título/Permiso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo al Proyecto de Referencia de Discapacidades Dúo Sensoriales a:**

Conceder \_\_\_ Obtener de \_\_\_ Intercambiar verbalmente con \_\_\_

Agencia/Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico/Fax: \_\_\_\_\_

### Los siguientes registros confidenciales:

Registros Académicos

Educativa

Historia Social

Calificaciones del Resumen de Resultados del Niño/ña

Registros Médicos/De Salud

Psicológicos

Clínico/Psiquiátrico

Notas y Observaciones del Maestro/Terapeuta

Neuropsicológicos/Neurodesarrollo

IFSP

Habla/Lenguaje

Minuta de Reuniones

IEP

Formulario de Determinación de Elegibilidad

Terapia Ocupacional

Fisioterapia Audiológica

Evaluaciones de Visión

504

Firma: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida por un año calendario. La información difundida con esta autorización no será entregada, vendida, transferida ni de ninguna manera transmitida a ninguna otra persona que no esté especificada en el formulario de consentimiento. El consentimiento para la difusión o transferencia de información puede ser retirado en cualquier momento en el futuro por escrito al Centro Paul V. Sherlock on Disabilities en Rhode Island College.

Centro Paul V. Sherlock on Disabilities en Rhode Island

Un Centro Universitario de Excelencia en Discapacidades del Desarrollo • [www.sherlockcenter.org](http://www.sherlockcenter.org)