



Proyecto de Referencia de Discapacidades Dúo Sensoriales de Rhode Island

Por favor, devuelva el formulario completado a:

Stefanie Davit, Director Asociado

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

Oficina: 401-456-4737
Linea Directa: 401-456-8752
Fax: 401-456-8150
Correo Electrónico: sdavit@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: _____

Persona que completa este formulario: _____

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: _____

Centro Paul V. Sherlock on Disabilities en Rhode Island

Un Centro Universitario de Excelencia en Discapacidades del Desarrollo • www.sherlockcenter.org

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
- 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

Fecha: _____ **Nombre Completo:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Dirección Actual: _____ **Número de Teléfono:** _____
LEA/Escuela: _____ **Grado:** _____

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 | IFSP |
| Educativa | Habla/Lenguaje |
| Historia Social | Minuta de Reuniones |
| Calificaciones del Resumen de Resultados del Niño/ña | Formulario de Determinación de Elegibilidad |
| Registros Médicos/De Salud | Terapia Ocupacional |
| Psicológicos | Fisioterapia Auditiva |
| Clínico/Psiquiátrico | Evaluaciones de Visión |
| Notas y Observaciones del Maestro/Terapeuta | IEP |
| Neuropsicológicos/Neurodesarrollo | 504 |

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta: _____ **Relación:** _____

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.