

Nombre del estudiante: _____

Formulario de evaluación previa de padres y maestros

Clínica de evaluación de visión disminuida de Colorado

Atención Padres, tutores y maestros:

IMPORTANTE: ***Este formulario debe ser cumplimentado por un TVI*** con la asistencia e información del padre o tutor del estudiante por teléfono o contacto de la reunión. **No** debe enviarse a casa para que los padres o tutores lo llenen de forma independiente.

Está programado que el estudiante mencionado a continuación reciba una evaluación de visión disminuida patrocinada por la Unidad de Servicios Estudiantiles Excepcionales del Departamento de Educación de Colorado (CDE ESSU) y la Escuela de Sordos y Ciegos de Colorado (CSDB). ***Su minuciosidad al completar este informe es esencial en el proceso de proporcionar los servicios más adecuados para él o ella. Gracias.***

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

¿Se ha identificado en el estudiante una discapacidad visual y actualmente recibe servicios de educación especial en una unidad administrativa de Colorado?

sí no

¿Tiene el estudiante un Programa de Educación Individualizada (IEP) activo?

sí no

Si la respuesta a una de las dos preguntas anteriores o ambas es "NO", este estudiante no es elegible para ser candidato a la Clínica de Evaluación de Visión disminuida de Colorado y este formulario no debe completarse.

D.O.B. _____ / _____ / _____ Hombre Mujer

Grado: _____ Escuela: _____

Unidad administrativa: _____

Distrito escolar: (igual que AU) _____

Sitio de la clínica: _____

TVI: _____

Nombre del estudiante: _____

Instructor de O&M (igual que TVI): _____

Esta es una (círculo uno) Evaluación inicial/de seguimiento de la visión disminuida para este estudiante de la Clínica de Evaluación de Visión disminuida de Colorado. Si se trata de una cita de seguimiento, ¿cuál fue la fecha de la última evaluación de visión disminuida del estudiante? ____ / ____ / ____

Complete todo lo que corresponda: El estudiante vive actualmente con:
Ambos padres/madre/padre/tutor/**otro** (lista) _____

La evaluación de visión disminuida realizada por el equipo de la clínica es un proceso de 90 minutos para aumentar el acceso y mejorar el funcionamiento del mundo visual del estudiante. Esta evaluación está financiada por la ESSU de CDE y la CSDB. La compra de dispositivos de visión disminuida es responsabilidad del padre/tutor. Los dispositivos de visión disminuida varían en precio de 13 a 200 dólares, y la mayoría son de menos de 100 dólares. Las familias y los distritos escolares no recibirán ningún dispositivo pedido hasta que se reciba el pago. **La clínica no acepta tarjetas de crédito**, por lo que las compras deben ser en **efectivo o cheque** (los cheques deben realizarse en "CSDB").

Padre/tutor: ¿Podrá pagar los dispositivos en el momento de la evaluación?

sí

no

TVI: En caso de que la respuesta sea "no", discuta fuentes de financiación alternativas. ¿Cómo se financiarán los dispositivos?

Padre/tutor: ¿Acepta que se tomen fotos de su hijo durante la clínica para que se incluyan en el informe de la clínica? sí no

¿Se puede utilizar alguna foto de su hijo en el sitio web de CDE y/o CSDB, o en materiales educativos o de formación que describan las actividades de las clínicas de evaluación de visión disminuida? sí no

Se enviará un informe de la clínica de evaluación de visión disminuida al TVI, al padre/tutor y al proveedor de atención de la salud ocular del estudiante. La firma del padre/tutor que figura a continuación nos permite enviar una copia de ese informe a su unidad administrativa o agencia educativa, al profesor del estudiante con deficiencias visuales, especialista en orientación y movilidad y a su especialista en atención ocular primaria. Indique el **nombre** y la **dirección postal completa** de cualquier persona adicional que desee recibir una copia del informe en los espacios que se proporcionan a continuación. Este formulario se puede firmar el día de la clínica.

Nombre del estudiante: _____

_____/_____/_____
Firma del padre/tutor Fecha

IMPRIMA CLARAMENTE, YA QUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE CONTACTO SE UTILIZARÁ

PARA ENVIAR EL INFORME POR CORREO.

Por favor, rellene cada dirección COMPLETAMENTE. No deje espacios en blanco.

Nombre del tutor: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: () _____ FAX: () _____

Nombre TVI: _____

Nombre de la **escuela** y dirección de la TVI: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: () _____ FAX: () _____

Médico de atención primaria de la vista: Oftalmólogo Optometrista

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

teléfono: () _____ FAX: () _____

Persona o agencia adicional que debería recibir un informe:

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

teléfono: () _____ FAX: () _____

Nombre del estudiante: _____

Persona o agencia adicional que debería recibir un informe

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

teléfono: () _____ FAX: () _____

HISTORIAL VISUAL Y FUNCIONAMIENTO

1. ¿Fecha del último examen ocular del estudiante? _____

2. ¿Diagnóstico de deficiencia visual (nombre de la afección ocular)?

3. ¿Edad de aparición de discapacidad visual? _____

4. ¿Alguien de la familia del estudiante tiene problemas visuales similares?

5. Antecedentes de tratamiento o cirugía relacionada con la discapacidad visual:

6. ¿Qué ojo parece ser el **mejor** ojo del estudiante?

Derecho Izquierdo Sin Diferencia

7. Explique cualquier cambio reciente en el funcionamiento visual del estudiante:

8. Marque la casilla de cualquier dispositivo (s) que el estudiante utilice **EN CASA**

Gafas de lectura Lupa Libro electrónico (es decir, Kindle)

Ordenador de escritorio Ordenador portátil Tablet (es decir, iPad)

Lupa de vídeo electrónica de escritorio (anteriormente llamada en un televisor de circuito cerrado)

Lupa de vídeo portátil Monocular/binocular Otros: _____

9. Marque la casilla de cualquier dispositivo (s) que el estudiante utilice **EN LA ESCUELA**

Nombre del estudiante: _____

Gafas de lectura Lupa Libro electrónico (es decir, Kindle)

Ordenador de escritorio Ordenador portátil Tablet (es decir, iPad)

Lupa de vídeo electrónica de escritorio (anteriormente llamada en un televisor de circuito cerrado)

Lupa de vídeo portátil Monocular/binocular Otros: _____

¿Utiliza su estudiante algún dispositivo u otro tipo de adaptación al realizar exámenes de clase o estandarizados? Si es así, haga una lista: _____

10. Enumere cualquier comportamiento visual que haya notado que le preocupa.

Quita las gafas Mira por encima y debajo de las gafas

Mantiene la impresión a corta distancia (_____ pulgadas)

Otros: _____

11. ¿Dónde hace el estudiante sus deberes, lectura de ocio u otras tareas visuales?

Escritorio Mesa Piso Otro: _____

12. En casa, ¿qué tipo de iluminación usa el estudiante?

Lámpara de escritorio Lámpara de pie Por encima de la cabeza Prefiere luz tenue

Incandescente Fluorescente Halógena Otra: _____

13. ¿El estudiante ve mejor o más cómodamente en:

días luminosos y soleados? días cubiertos o nublados?

14. ¿Al estudiante le molesta el resplandor? No Sí

En caso afirmativo, ¿el estudiante usa regularmente algo para reducir y evitar el resplandor?

No Y Sí En caso afirmativo, hace uso de: (comprueba todo lo que corresponda)

Nombre del estudiante: _____

- gafas de sol (color de la lente preferido: _____)
- visera
- sombrero de ala

Historial médico

15. ¿Tiene pérdida auditiva el estudiante?

- No Sí _____ En caso afirmativo, describa el nivel de pérdida auditiva:

16. ¿Tiene el estudiante alguna dificultad que no sea su discapacidad visual?

- No Sí En caso afirmativo, explique:

17. Enumerar los **medicamentos** que el estudiante está tomando actualmente y cualquier tratamiento médico especial que haya tenido o está recibiendo: _____

Orientación y movilidad

18. ¿El estudiante recibe actualmente instrucción de orientación y movilidad (O&M)?

- Sí No

19. Enumere los dispositivos o ayudas que el estudiante utiliza para la orientación y la movilidad:

- Dispositivo de movilidad adaptable (AMD)
- Bastón blanco largo
- Telescopio monocular
- GPS: (tipo): _____
- Otros: _____

Nombre del estudiante: _____

20. ¿Puede el estudiante viajar solo? ¿Alrededor de su vecindario? ¿Escuela? ¿Otro? (Por favor, explique)

PLAN DE MEDIOS DE APRENDIZAJE

El IEP escrito para cada niño con discapacidad visual, incluida la ceguera o la sordera, incluirá un plan de medios de aprendizaje desarrollado por el equipo del IEP basado en una evaluación exhaustiva de las modalidades de aprendizaje y alfabetización del estudiante por un profesor autorizado respaldado en el área de discapacidad visual. 4.03 (6)(b)(i). La siguiente información se puede copiar directamente del IEP más reciente de su estudiante.

Medio de aprendizaje:

Este estudiante es un prelector/No lee actualmente

O

Indique los modos de aprendizaje y alfabetización seleccionados para que este niño/estudiante logre la alfabetización. Los modos de alfabetización incluyen: (a) modo auditivo, (b) modo braille o tactual, (c) ampliación de impresión o modo visual con mejora óptica y/o (d) modo visual o de impresión normal.

Modos actuales de aprendizaje y alfabetización: Primaria: _____ Secundaria: _____
(si corresponde): Coprimaria: _____ Cosecundaria: _____

Modos recomendados de aprendizaje y alfabetización:
Primaria: _____ Secundaria: _____

Si lee la impresión normal, Qué tamaño de impresión se utiliza: _____

Qué distancia de visualización se utiliza: _____

¿Está utilizando bifocales, gafas de lectura, lupas, aumento electrónico o una lupa de vídeo (CCTV) para acceder a su impresión habitual? Explique: _____

Nombre del estudiante: _____

| | |
|--------------------------------|--|
| Si se recomienda letra grande, | Qué tipo de letra se utiliza: _____ |
| | Qué tamaño de fuente se utiliza: _____ |
| | Qué distancia de visualización se utiliza: _____ |

| |
|---|
| ¿Está utilizando bifocales, gafas de lectura, lupas, aumento electrónico o una lupa de vídeo (CCTV) en combinación con su impresión ampliada? _____ |
| _____ |

Haga una lista de comentarios adicionales que puedan ayudar al equipo de la clínica de evaluación de visión disminuida: _____

21. **PADRES/TUTOR:** Aparte de cualquier dispositivo cercano o a distancia que pueda ser beneficioso para su hijo, ¿hay alguna información específica que le gustaría de esta evaluación?

22. **PROFESORES:** Aparte de cualquier dispositivo cercano o a distancia que pueda ser beneficioso para su estudiante, ¿hay alguna información específica que le gustaría de esta evaluación?

Nombre del estudiante: _____

Gracias por tomarse el tiempo necesario para completar esta información para ayudar al equipo de la clínica LVE con la evaluación del estudiante. Esperamos verlo a usted y a su estudiante en la clínica. **Este papeleo debe ser recibido por el equipo de visión disminuida al menos dos semanas antes de la cita del niño** para que el equipo de LVE se prepare completamente para la cita y confirme la cita clínica del estudiante.

No podemos garantizar que un estudiante sea aceptado en la clínica, si el papeleo no está completo o presentado al menos dos semanas antes de las fechas de la clínica.

Revisado 08/2021 (TLA)