| **DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA EDUCACIÓN ESPECIAL****Lesión cerebral traumática (74) (Intervención temprana)**  |
| --- |
|  |
| **Nombre del niño**Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  | **Fecha de nacimiento** Haga clic o toque para introducir una fecha | **Fecha** Haga clic o toque para introducir una fecha |
|  | **Día, mes y año** | **Día, mes y año** |
| **Fecha de elegibilidad para la intervención temprana** Haga clic o toque para introducir una fecha |
|  |
| **El equipo ha obtenido o realizado las siguientes evaluaciones (se adjunta el informe de la evaluación que describe y explica los resultados).** |
| 1. El equipo ha revisado la información existente, incluyendo los registros acumulativos del niño; programas de educación individualizados previos o planes de servicios familiares individualizados; evaluaciones e información proporcionada por los padres o tutores legales; evaluaciones actuales basadas en el salón de clases, a nivel local o estatal; observaciones basadas en el aula o salón; observaciones de maestros y proveedores de servicios relacionados; información médica, sensorial y de salud. La documentación de evaluación incluye información relevante de estas fuentes utilizadas en la determinación de elegibilidad. |
|  |  | Haga clic o toque para introducir una fecha |
|  |  | Fecha de revisión |
| 2a. Examen médico (que indica una lesión cerebral traumática) o  |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  | Haga clic o toque para introducir una fecha | Haga clic o toque para introducir una fecha |
| Médico, Enfermera Practicante, Asistente Médico, Médico Naturópata | Fecha en la que se realizó | Fecha de revisión |
|  |
| 2b. Entrevista de historia creíble guiada |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  | Haga clic o toque para introducir una fecha | Haga clic o toque para introducir una fecha |
| Examinador/a | Fecha en la que se realizó | Fecha de revisión |
|  |
| 3. Evaluación(es) psicológica(s) |
| Herramienta de evaluación psicológica utilizada: Haga clic o toque aquí para introducir el texto. .  |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  | Haga clic o toque para introducir una fecha | Haga clic o toque para introducir una fecha |
| Psicólogo escolar, psicólogo, psicólogo asociado  | Fecha en la que se realizó | Fecha de revisión |
|  |
| 4. Historia del desarrollo |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  | Haga clic o toque para introducir una fecha | Haga clic o toque para introducir una fecha |
| Examinador/a | Fecha en la que se realizó | Fecha de revisión |
|  |
| 5. Otras evaluaciones incluyendo, pero no limitadas a, evaluaciones motoras si el niño exhibe impedimentos motores; evaluaciones de comunicación si el niño exhibe desórdenes o trastornos de la comunicación; y evaluaciones psicosociales si el niño exhibe cambios de comportamiento. |
| Instrumento(s) de evaluación utilizado(s): Haga clic o toque aquí para introducir el texto. . |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  | Haga clic o toque para introducir una fecha | Haga clic o toque para introducir una fecha |
| Examinador/a | Fecha en la que se realizó | Fecha de revisión |
| 6. Otra información relacionada con la discapacidad sospechada del niño, incluyendo el desempeño antes de la lesión y una medida actual de la capacidad de adaptación. |
| Medida de la capacidad de adaptación utilizada: Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  | Haga clic o toque para introducir una fecha | Haga clic o toque para introducir una fecha |
| Examinador/a | Fecha en la que se realizó | Fecha de revisión |
|  |
| 7. Una observación en el aula o salón y en al menos otro lugar. |
| Entorno de la observación: Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  | Haga clic o toque para introducir una fecha | Haga clic o toque para introducir una fecha |
| Examinador/a | Fecha en la que se realizó | Fecha de revisión |
| Entorno de la observación: Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  | Haga clic o toque para introducir una fecha | Haga clic o toque para introducir una fecha |
| Examinador/a | Fecha en la que se realizó | Fecha de revisión |
|  |
| 8. Cualquier evaluación o evaluaciones adicionales necesarias para determinar el impacto de la discapacidad sospechada, si es necesario.  |
| Instrumento(s) de evaluación(es) adicional(es) que se utilicen: Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  | Haga clic o toque para introducir una fecha | Haga clic o toque para introducir una fecha |
| Examinador/a | Fecha en la que se realizó | Fecha de revisión |
| **El niño cumple los criterios siguientes:** |
| [ ]  Sí | [ ]  No | El niño tiene una lesión cerebral adquirida causada por una fuerza física externa.  |
| [ ]  Sí | [ ]  No | La condición del niño es permanente o se prevé que dure más de 60 días naturales. |
|  |  | La lesión del niño resulta en un deterioro de una o más de las siguientes áreas: |
| [ ]  Sí | [ ]  No | Comunicación: |
| [ ]  Sí | [ ]  No | Comportamiento: |
| [ ]  Sí | [ ]  No | Cognición, memoria, atención, pensamiento abstracto, juicio, resolución de problemas, razonamiento y/o procesamiento de información; y/o  |
| [ ]  Sí | [ ]  No | Capacidades sensoriales, perceptivas, motoras y/o físicas. |
| **El equipo ha determinado que:**  |
| [ ]  Sí | [ ]  No | La discapacidad del niño en el área de Lesión Cerebral Traumática según lo definido en OAR 581-015-2175 tiene un efecto adverso en el desarrollo del niño (desde el nacimiento hasta los 3 años de edad). |
| [ ]  Sí | [ ]  No | Como resultado de la discapacidad del niño, necesita servicios de intervención temprana. |
| [ ]  Sí | [ ]  No | El niño ha sido evaluado en todas las áreas en las que se sospecha que tiene una discapacidad.  |
| El equipo está de acuerdo en que, como resultado de la discapacidad del niño, el niño [ ]  no [ ]  califica para los servicios de Intervención Temprana. |
| Firmas de los miembros del equipo | Título | Estoy de acuerdo | No estoy de acuerdo |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
|  |
| [ ]  Se dio a los padres o tutores una copia del informe de evaluación y la declaración de elegibilidad.  |
| Fecha Haga clic o toque para introducir una fecha  | Por Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  |
| [ ]  Se proporcionó a los padres o tutores una copia de la Notificación de Salvaguardias Procesales: Derechos de los padres para la educación especial (desde el nacimiento hasta los 3 años de edad). |
| Fecha Haga clic o toque para introducir una fecha | Por Haga clic o toque aquí para introducir el texto.  |