Здесь логотип Агентства образования и информация

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ, ИЛИ ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ

Имя ребёнка: Дата рождения ребенка:

Вернуться: Дата необходима: ФАКС №

**Ребенок направлен для определения права на специальное образование. Закон Штата Орегон требует, что бы медицинское заявление или оценка здоровья были предоставлены для некоторых форм инвалидности. *Эта информация требуется срочно* для определения подходящего обслуживания ребенка и *соответствия срокам определенным Федеральным законодательством* для оценки специального образования.**

Пожалуйста, ответьте не все вопросы в строках с отмеченными клеточками и подпишитесь.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.**  | **Имеет ли ребенок проблемы со зрением? Да** | **Нет** |  |  |  |  |
| **Если Да**, отметьте все, что применимо:Остаточная острота зрения ребенка 20/70 или менее в лучшем глазу с корректировкой. Зона обзора ребенка ограничена 20° или менее в лучшем глазу.У ребенка патология глаз или прогрессирующая глазная болезнь и ожидается, что она приведет к потере остаточной остроты зрения или зоны обзора по одному из параметров указанных выше.Результат оценки неокончателен и ребенок демонстрирует неадекватное пользование остаточным зрением. |
| **Дополнительная информация о проблемах со зрением.** |
| **2.**  | **Имеет ли ребенок проблемы со слухом?****Да Нет** |
| **Если Да**, заполните следующее:У ребенка сенсорно-нервная потеря слуха.У ребенка кондуктивная потеря слуха, которая: Использование усилителя: |  | излечима применимо | неизлечима. не применимо. |  |  |
| **Дополнительная информация о проблемах со слухом.** |
| **3.**  | **Имеет ли ребенок голосовые расстройства?** |  |  |  | **Да** | **Нет** |
| **Если Да, требуется дополнительная информация о голосовых расстройствах.** |
| **4.**  | **Имеет ли ребенок отклонения здоровья, которые усугубляют проблему с разговором/пониманием языка?****Да Нет** |
| **Если Да, необходимо описание отклонения усугубляющего проблему с разговором/пониманием языка.** |
| **5.**  | **Имеет ли ребенок повреждения, которые, по всей видимости, будут продолжаться более 60****календарных дней?****(Пометьте все, что применимо):*** **Расстройства аутистического спектра Да Нет**
* **Ухудшение здоровья Да Нет**
* **Ортопедические нарушения Да Нет**
* **Двигательные нарушения Да Нет**
* **Удары, повлекшие мозговые травмы Да Нет**
 |
| **Если Да, диагноз, или описание повреждения идентифицированного выше.** |
| **6.**  | **Был ли этот ребенок диагностирован другими физическими, медицинскими, сенсорными или психическими отклонениями, которые могут повлиять на его/ее успеваемость в учебе?****Да Нет** |
| **Если Да, требуется диагноз и описание диагноза.** |

Подпись медицинского специалиста и звание: Дата:

Имя медицинского специалиста и звание печатными

буквами:

Форма 581-5149o-P (Пересмотр 3/14)