| **DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA EDUCACIÓN ESPECIAL**  **Lesión cerebral traumática (74)**  **(Educación Especial para la Edad Temprana y Edad Escolar)** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| **Nombre del niño** Haga clic o toque aquí para introducir el texto. | | | | **Fecha de nacimiento** Haga clic o toque para introducir fecha | | | **Fecha** Haga clic o toque para introducir fecha |
|  | | | | **mes/día/año** | | | **mes/día/año** |
| **Distrito escolar** Haga clic o toque aquí para introducir el texto. | | | | **Escuela** Haga clic o toque aquí para introducir el texto. | | | **SSID** Haga clic o toque aquí para introducir el texto. |
| **Fecha de elegibilidad inicial para ECSE** Haga clic o toque para introducir fecha | | | | | **Fecha de elegibilidad inicial KG-21** Haga clic o toque para introducir fecha | | |
| **Fecha de KG-21 Fecha de reevaluación de 3 años** Haga clic o toque para introducir fecha | | | | | | | |
| **Fecha de KG-21 Se debe hacer reevaluación de 3 años** Haga clic o toque para introducir fecha | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Definición:** Por "lesión cerebral traumática" se entiende una lesión en el cerebro causada por una fuerza física externa, que da lugar a una discapacidad funcional total o parcial o a una deficiencia psicosocial, o a ambas, y que afecta negativamente el progreso del desarrollo del niño (de 3 a 5 años) o a su desempeño escolar (de 5 a 21 años de edad). La lesión cerebral traumática se aplica a las lesiones abiertas o cerradas de la cabeza que provocan deficiencias en una o más áreas, como la cognición; el lenguaje; la memoria; la atención; el razonamiento; el pensamiento abstracto; el juicio; la resolución de problemas; las capacidades sensoriales, perceptivas y motoras; el comportamiento psicosocial; las funciones físicas; el procesamiento de la información; y la facultad del habla. La lesión cerebral traumática no se aplica a las lesiones cerebrales congénitas o degenerativas, ni a las lesiones cerebrales inducidas por un traumatismo de nacimiento. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **El equipo ha obtenido/conducido las siguientes evaluaciones. Cada artículo de abajo debe ser recibido para ver si un estudiante elegible está bajo la categoría de Lesión Cerebral Traumática. Se adjunta un informe de evaluación que describe y explica los resultados.** | | | | | | | |
| **1. El equipo ha revisado la información actual, incluyendo los registros acumulativos del niño; programas de educación individualizados previos o planes de servicios familiares individualizados; evaluaciones e información proporcionada por los padres/tutores; evaluaciones actuales basadas en clase, a nivel local o estatal; observaciones basadas en el salón de clases; observaciones de maestros y proveedores de servicios relacionados; información médica, sensorial y de salud. La documentación de la evaluación incluye información relevante de estas fuentes utilizadas en la determinación de la elegibilidad.** | | | | | | | |
|  | |  | | | | Haga clic o toque para introducir fecha | |
|  | |  | | | | Fecha de revisión | |
| **2a. Examen médico (indicando una lesión cerebral traumática) o** | | | | | | | |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto. | | Haga clic o toque para introducir fecha | | | | Haga clic o toque para introducir fecha | |
| Médico, Enfermera Practicante, Asistente Médico, Médico Naturópata | | Fecha de realización | | | | Fecha de revisión | |
|  | | | | | | | |
| **2b. Entrevista guiada de historial creíble** | | | | | | | |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto. | | Haga clic o toque para introducir fecha | | | | Haga clic o toque para introducir fecha | |
| Examinador | | Fecha de realización | | | | 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 fecha | | | | Haga clic o toque para introducir fecha | |
| Psicólogo escolar, psicólogo, psicólogo asociado | | Fecha de realización | | | | Fecha de revisión | |
| **4. Historial del Desarrollo** | | | | | | | |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto. | | Haga clic o toque para introducir fecha | | | | Haga clic o toque para introducir fecha | |
| Examinador | | Fecha de realización | | | | 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 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 fecha | | | | Haga clic o toque para introducir fecha | |
| Examinador | | Fecha de realización | | | | Fecha de revisión | |
| **6. Otra información relacionada con la supuesta discapacidad 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 fecha | | | | Haga clic o toque para introducir fecha | |
| Examinador | | Fecha de realización | | | | Fecha de revisión | |
| **7. Una observación en clase y en al menos otro entorno.** | | | | | | | |
| Entorno de 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 fecha | | | | Haga clic o toque para introducir fecha | |
| Examinador | | Fecha de realización | | | | Fecha de revisión | |
| Entorno de 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 fecha | | | | Haga clic o toque para introducir fecha | |
| Examinador | | Fecha de realización | | | | Fecha de revisión | |
| **8. Cualquier evaluación o evaluaciones adicionales necesarias para determinar el impacto de la supuesta discapacidad, si aplica.** | | | | | | | |
| Instrumento(s) de evaluación adicional(es) 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 fecha | | | | Haga clic o toque para introducir fecha | |
| Examinador | | Fecha de realización | | | | Fecha de revisión | |
| **9. Cualquier evaluación(es) adicional(es) necesaria(s) para identificar las necesidades de desarrollo o educativas del niño, si aplica.** | | | | | | | |
| Herramienta(s) de evaluación o valoración adicional(es) utilizada(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 fecha | | | | Haga clic o toque para introducir fecha | |
| Examinador | | Fecha de realización | | | | Fecha de revisión | |
|  | | | | | | | |
| **El equipo de elegibilidad ha determinado que:** | | | | | | | |
| sí | no | | Se llevó a cabo una evaluación exhaustiva que cumplió los requisitos mínimos de evaluación para la lesión cerebral traumática. | | | | |
| sí | no | | Se evaluó al niño en todas las áreas en las que se sospechaba que tenía una discapacidad. | | | | |
|  | | | | | | | |
| **El niño cumple los siguientes criterios:** | | | | | | | |
| sí | no | | El niño tiene una lesión cerebral causada por una fuerza física externa. | | | | |
| sí | no | | La condición del niño es permanente o se espera 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 la información; y/o | | | | |
| sí | no | | Capacidades sensoriales, perceptivas, motoras y/o físicas. | | | | |
|  | | | | | | | |
| **El equipo de elegibilidad ha considerado la elegibilidad de educación especial del niño y ha determinado que:** | | | | | | | |
| es | no es | | debido a la falta de una instrucción apropiada en la lectura, incluyendo los componentes esenciales de la instrucción de la lectura (conciencia fonética, fonética, desarrollo de vocabulario, fluidez en la lectura/habilidades de lectura oral y estrategias de comprensión de lectura); | | | | |
| es | no es | | debido a falta de instrucción apropiada en matemáticas; y | | | | |
| es | no es | | debido al dominio limitado del inglés. | | | | |
|  | | | | | | | |
| **El equipo de elegibilidad ha determinado que:** | | | | | | | |
| sí | no | | El niño tiene una lesión cerebral traumática como se define bajo OAR 581-015-2175. | | | | |
| sí | no | | El niño tiene derecho a recibir servicios de educación especial, en virtud de OAR 581-015-2795 y/o OAR 581-015-2120. | | | | |

| **DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA EDUCACIÓN ESPECIAL**  **Lesión cerebral traumática (74)**  **(ECSE Y EDAD ESCOLAR)** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **El equipo está de acuerdo en que como resultado de la discapacidad del niño □ sí □ no califica para los servicios de Educación Especial de la Edad Temprana con elegibilidad de Lesión Cerebral Traumática.** | | | | |
|  | | | | |
| **El equipo está de acuerdo en que como resultado de la discapacidad del niño □ sí □ no califica para los servicios de Educación Especial de Edad Escolar con elegibilidad de Lesión Cerebral Traumática.** | | | | |
|  | | | | |
| **Firma de los miembros del equipo** | **Título** | | **De acuerdo** | **En desacuerdo\*** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
|  | | | | |
| Se ha dado copia del informe de evaluación y la declaración de elegibilidad a los padres/tutores. | | | | |
| Fecha Haga clic o toque para introducir fecha | | Por Haga clic o toque aquí para introducir el texto. | | |
|  | | | | |
| Se proporcionó a los padres/tutores una copia de la Notificación de Salvaguardias Procesales: Derechos de los padres para la Educación Especial de la Edad Temprana (de 3 a 5 años). | | | | |
| Fecha Haga clic o toque para introducir fecha | | Por Haga clic o toque aquí para introducir el texto. | | |
|  | | | | |
| Se proporcionó a los padres/tutores una copia de la Notificación de Salvaguardias Procesales: Derechos de los padres para la educación especial (de 5 a 21 años). | | | | |
| Fecha Haga clic o toque para introducir fecha | | Por Haga clic o toque aquí para introducir el texto. | | |

\* Si un miembro del equipo no está de acuerdo con la determinación del equipo, puede adjuntar una declaración que describa sus conclusiones.