Para uso exclusivo de la Oficina de proyectos sobre sordoceguera: ID# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kidcode: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formulario de preparación de informe para el Censo de sordoceguera infantil de 2017**  Complete y envíe a: | | |
| **¡DETÉNGASE! SOLO complete este formulario para los individuos que tienen un problema visual y**  **auditivo. NO LO UTILICE para un individuo que solo tiene un problema visual.** | | |
| Fecha de hoy: | | |
| Estado del informe de este individuo (marque la opción correspondiente):  \_\_ Sordoceguera \_\_ Necesidades complejas \_\_Derivación | | |
| **Parte I: Información acerca del individuo con sordoceguera** | | |
| **Nombre** Primer nombre: Apellido: | | |
| **Fecha de nacimiento** (DD/MM/AAAA) / / **Sexo:** \_\_ Hombre \_\_ Mujer | | |
| **Raza/Etnia** (Seleccione UNA opción, la que mejor describa la raza/etnia del individuo):  O 1 Indígena estadounidense o nativo de Alaska O 5 Blanco  O 2 Asiático O 6 Nativo hawaiano/isleño del Pacífico  O 3 Afroamericano O 7 dos o más razas  O 4 Hispano/latino | | |
| **Entorno de residencia** (Seleccione UN entorno, el que mejor describa dónde reside el individuo la mayor parte del año):  O 1 Hogar: Padres biológicos/adoptivos O 6 Hogar de grupo (menos de 6 residentes)  O 2 Hogar: Familia extendida O 7 Hogar de grupo (6 o más residentes)  O 3 Hogar: Padres sustitutos O 8 Departamento (con integrantes que no pertenecen a la familia)  O 4 Establecimiento residencial estatal O 9 Residencia de enfermería pediátrica  O 5 Establecimiento residencial privado O 555 Otro: | | |
| Primer nombre de padre, madre o tutor 1: Apellido: | | |
| Ciudad: Estado: Código postal | | |
| Teléfono (con código de área) Condado de residencia: | | |
| Primer nombre de padre, madre o tutor 2: Apellido: | | |
| Ciudad: Estado: Código postal | | |
| Teléfono (con código de área) Condado de residencia: | | |
| **Parte II: Antecedentes médicos/discapacidades del individuo** | | |
| **Clasificación primaria de la discapacidad visual** (Seleccione UNA opción, la que mejor describa la clasificación primaria del problema visual del individuo):  O 1 Visión reducida (agudeza visual de 20/70 a 20/200>) O 6 Pérdida progresiva diagnosticada  O 2 Legalmente ciego (agudeza visual de 20/200 o menos, O 7 Requiere pruebas adicionales  o restricción de campo visual de 20 grados)  O 3 Solo percibe la luz O 9 Pérdida de visión funcional documentada  O 4 Totalmente ciego | | |
| El problema de la visión, ¿es de origen cortical?  O 1 sí O 0 No O 2 No sabe | | |
| **Clasificación primaria de la discapacidad auditiva** (Seleccione UNA opción, la que mejor describa la clasificación primaria del problema auditivo del individuo):  O 1 Leve O 5 Profunda  O 2 Moderada O 6 Pérdida progresiva diagnosticada  O 3 Moderadamente severa O 7 Requiere pruebas adicionales  O 4 Severa O 9 Pérdida auditiva funcional documentada | | |
| ¿Padece un trastorno central de la percepción auditiva (CAPD)? O 1 sí O 0 No O 2 No sabe  ¿Padece una neuropatía auditiva? O 1 sí O 0 No O 2 No sabe  ¿Tiene un implante coclear? O 1 sí O 0 No O 2 No sabe | | |
| Ortopédico/ Físico(0) No (1) Sí Necesidades de Asistencia Médica complicadas (0) No (1) Sí  Cognitivo(0) No (1) Sí Comunicación, Habla/ el Idioma (0) No (1) Sí  Comportamental (0) No (1) Sí Otro(0) No (1) Sí (Especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Etiología** (Indique UNA etiología de la lista a continuación que mejor describa la etiología primaria de la discapacidad del individuo. Indique “Otra” si ninguna de las etiologías enumeradas corresponde a la discapacidad primaria): | | |
| **Síndromes y trastornos hereditarios/cromosómicos** | | |
| 101 Síndrome de Aicardi  102 Síndrome de Alport  103 Síndrome de Alstrom  104 Síndrome de Apert (Acrocefalosindactilia, tipo 1)  105 Síndrome de Bardet-Biedl (Laurence Moon-Biedl)  106 Enfermedad de Batten  107 Síndrome de CHARGE  108 Cromosoma 18 en anillo 18  109 Síndrome de Cockayne  110 Síndrome de Cogan  111 Síndrome de Cornelia de Lange  112 Síndrome del maullido de gato (síndrome del cromosoma 5p)  113 Síndrome de Crigler-Najjar  114 Síndrome de Crouzon (disostosis craneofacial)  115 Síndrome de Dandy Walker  116 Síndrome de Down (Trisomía 21)  117 Síndrome de Goldenhar  118 Enfermedad de Hand-Schuller-Christian (Histiocitosis X)  119 Síndrome de Hallgren  120 Síndrome de Ramsay Hunt (herpes zóster)  121 Síndrome de Hunter (MPS II)  122 Síndrome de Hurler (MPS I-H)  123 Síndrome de Kearns-Sayre  124 Secuencia de Klippel-Feil  125 Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber  126 Displasia de Kniest  127 Amaurosis congénita de Leber  128 Enfermedad de Leigh  129 Síndrome de Marfan | | 130 Síndrome de Marshall  131 Síndrome de Maroteaux-Lamy (MPS VI)  132 Síndrome de Moebius  133 Monosomía 10p  134 Síndrome de Morquio (MPS IV-B)  135 NF1 - Neurofibromatosis (enfermedad de Von Recklinghausen)  136 NF2 - Neurofibromatosis acústica bilateral  137 Enfermedad de Norrie  138 Degeneración óptico-cocleo-dental  139 Síndrome de Pfieffer  140 Síndrome de Prader-Willi  141 Síndrome de Pierre-Robin  142 Síndrome de Refsum  143 Síndrome de Scheie (MPS I-S)  144 Síndrome de Smith-Lemli-Opitz (SLO)  145 Síndrome de Stickler  146 Síndrome de Sturge-Weber  147 Síndrome de Treacher Collins  148 Trisomía 13 (Trisomía 13-15, síndrome de Patau)  149 Trisomía 18 (Síndrome de Edwards)  150 Síndrome de Turner  151 Síndrome de Usher I  152 Síndrome de Usher II  153 Síndrome de Usher III  154 Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada  155 Síndrome de Waardenburg  156 Síndrome de Wildervanck  157 Síndrome de Wolf-Hirschhorn (Trisomía 4p)  199 otros \_\_\_ |
| **Complicaciones prenatales/congénitas**  201 Rubéola congénita  202 Sífilis congénita  203 Toxoplasmosis congénita  204 Citomegalovirus (CMV)  205 Síndrome alcohólico fetal  206 Hidrocefalia  207 Consumo de drogas de la madre  208 Microcefalia  209 Herpes simple (HSV) neonatal  299 Otra\_\_\_\_\_\_ | | **Complicaciones posparto/no congénitas**  301 Asfixia  302 Trauma directo en el ojo o el oído  303 Encefalitis  304 Infecciones  305 Meningitis  306 Lesión grave en la cabeza  307 Accidente cerebrovascular  308 Tumores  309 Inducido químicamente  399 otros \_\_\_ |
| **Relacionado con el nacimiento prematuro**  401 Complicaciones del nacimiento prematuro | | **Sin diagnosticar**  501 Sin determinación de la etiología |
| **Parte III: Ley de Educación para Personas Discapacitadas (IDEA)** | | |
| **---Parte C---** | | |
| **Código de categoría de la Parte C** (Indique el código de categoría principal según el cual se informó sobre el individuo en la Parte C, Censo infantil de IDEA – Seleccione solo UNA opción).  O 1 En riesgo O 2 Con retraso en el desarrollo O 888 No informado según la Parte C de IDEA | | |
| **Entorno de intervención temprana**  O 1 Hogar O 2 Entorno comunitario O 3 Otro entorno | | |
| **Estado de educación especial/Salida de la Parte C** (Indique UN código que describa de la mejor manera el estado del programa de educación especial del individuo  O 0 En un programa de intervención temprana de la Parte C O 6 Falleció  O 1 Completó el Plan de servicio familiar individualizado (IFSP) O 7 Se mudó fuera del estado Para la Parte C  antes de alcanzar la edad máxima O 8 Retirado por el padre/tutor  O 2 Elegible para IDEA, Parte B O 9 Intentos de comunicarse con el  O 3 No elegible para la Parte B, derivación a otro programa padre/tutor o el menor  O 4 No elegible para la Parte B, salida sin derivación no satisfactorio  O 5 No se determinó la elegibilidad para la Parte B | | |
| **---Parte B---** | | |
| **Código de categoría de la Parte B** (Indique el código de categoría principal según el cual se informó sobre el individuo en la Parte B, Censo infantil de IDEA – Seleccione solo UNA opción).  O 1 Discapacidad intelectual O 9 Sordoceguera  O 2 Discapacidad auditiva (incluye la sordera) O 10 Múltiples discapacidades  O 3 Discapacidad del habla o el lenguaje O 11 Autismo  O 4 Discapacidad visual (incluye ceguera) O 12 Lesión cerebral traumática  O 5 Trastorno emocional O 13 Retraso en el desarrollo (de 3 a 9 años de edad)  O 6 Problema ortopédico O 14 No categórico  O 7 Otro problema de salud O 888 No informado según la Parte B de IDEA  O 8 Discapacidad de aprendizaje específica | | |
| **Entorno de educación especial infantil temprana (de 3 a 5 años de edad)** | | |
| O 1 En un programa de primera infancia (EC) regular, más de 10 horas por semana, con servicios  O 2 En un programa de EC regular, más de 10 horas por semana, con servicios de otra institución  O 3 En un programa de EC regular, menos de 10 horas por semana con servicios | O 4 En un programa de EC regular, menos de 10 horas por semana, con servicios de otra institución  O 5 Asiste a una clase diferente  O 6 Asiste a una escuela diferente  O 7 Asiste a una institución residencial  O 8 Ubicación del proveedor de servicios  O 9 Hogar | |
| **Entornos para la edad escolar (de 6 a 21 años de edad)**  O 9 Asiste a la clase regular al menos el 80 % de la jornada O 13 Asiste a una institución residencial  O 10 Asiste a la clase regular el 40 %-79 % del día O 14 Programa de estudio en casa/hospital  O 11 Asiste a la clase regular el 40 % de la jornada O 15 Establecimientos penitenciarios  O 12 Asiste a una escuela diferente O 16 Colocado por los padres en una escuela privada | | |
| **Estado de educación especial/Salida de la Parte B**  O 0 En Educación especial para la primera infancia (ECSE) o Programa de educación especial para la edad escolar  O 1 Transferido a un programa de educación regular O 5 Falleció  O 2 Se graduó con un diploma de educación regular O 6 Se mudó; continúa en el programa  O 3 Recibió un certificado O 7 (no se utiliza intencionalmente)  O 4 Alcanzó la edad máxima O 8 Desertó | | |
| **Participación en evaluaciones estatales**  O 1 Evaluación estatal de nivel de grado regular O 4 (no se utiliza intencionalmente)  O 2 Evaluación de estatal del nivel de grado regular con ajustes O 5 (no se utiliza intencionalmente)  O 3 Evaluaciones alternativas O 6 Aún no es necesario | | |
| **Estado de salida del proyecto para personas con sordoceguera**  O 0 Elegible para recibir servicios del proyecto para personas con sordoceguera (DB)  O 1 Ya no es elegible para recibir servicios del proyecto para personas con DB | | |
| **Tecnología de asistencia** | | |
| Lentes correctivos O 1 sí O 0 No O 2 No sabe  Dispositivos de audición asistida O 1 sí O 0 No O 2 No sabe  Tecnología de asistencia complementaria O 1 sí O 0 No O 2 No sabe | | |
| **Servicios de mediadores:** Los servicios de mediadores brindan acceso a información y comunicados, y favorecen el desarrollo del bienestar social y emocional de los niños con sordoceguera. En los entornos educativos, los servicios de mediadores son proporcionados por un individuo, generalmente un auxiliar pedagógico, que ha recibido capacitación especializada en sordoceguera y el proceso de intervención. Un mediador brinda apoyo personalizado constante a un estudiante con sordoceguera (de 3 a 21 años de edad) durante la jornada escolar.  Al trabajar con el asesoramiento y la instrucción de un maestro del estudiante u otro individuo responsable de garantizar la implementación del IEP del estudiante, estos son los roles principales de un mediador:   * brindar acceso constante al material de instrucción y a la información del entorno que los estudiantes comúnmente obtienen a través de la vista y el oído, pero que no está disponible en forma total o parcial para una persona que padece sordoceguera; * brindar acceso al desarrollo y uso de habilidades de comunicación receptivas y expresivas, y colaborar en esto; * promover el desarrollo y mantenimiento de relaciones interactivas de confianza que promueven el bienestar social y emocional; y * brindar apoyo para ayudar a un estudiante a relacionarse con otras personas y aumentar las conexiones sociales y la participación en actividades. | | |
| Recibe servicios de mediadores O 1 sí O 0 No O 2 No sabe | | |
| **Información de la escuela** | | |
| Agencia/escuela: | | |
| Dirección de calle: | | |
| Ciudad: Estado: Código postal | | |
| Número de teléfono Número de fax: | | |
| Nombre del profesor | | |
| Correo electrónico del maestro | | |
| Distrito Escolar | | |
| Devuelva este formulario y el Permiso para el formulario de autorización correspondiente (si ya lo devolvió el individuo o el padre/tutor, antes del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  Dirigido a:  Ante cualquier duda, llame a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o a  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Gracias por completar este formulario | | |