

INSTRUCCIONES Por favor complete todas las áreas de esta forma completamente. Una forma por cada niño.

CONFIDENCIALIDAD

OCDBE requiere identificar a niños y jóvenes sordociegos en Ohio. Permiso de los padres por escrito para revelar información no se requiere. (Reg. 99.31 (a)(6)). Pedimos que de a conocer a los padres que usted está refiriendo a su niño y pida el permiso de ellos para compartir información (dirección, teléfono, correo electrónico, etc.) con nosotros. Esto ayudará a OCDBE a compartir información y servicios con ellos.

1 Información del Niño

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido(s) _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo Masculino Femenino

Condado de Residencia _____

Lenguaje Primario - Escoja Uno:

- 1 Inglés
- 2 Español
- 3 Lenguaje de Señas Americano (ASL)
- 4 No se ha desarrollado un Lenguaje formal todavía
- 5 Otro (especifique) _____

Raza Etnicidad - Escoja Uno:

- 1 Indio Americano o Nativo de Alaska
- 2 Asiático o de las Islas del Pacifico
- 3 Negro o Afro-americano (no Hispano)
- 4 Hispano o Latino
- 5 Blanco (no Hispano)
- 6 Otro _____

Otra Información Cultural - Escoja Uno:

- Amish
- Menonitas
- Apalachian
- Somali
- Otro (especifique) _____

Colocación - Escoja Uno:

- 1 Hogar: Padres Naturales/Adoptivos
- 2 Hogar: Miembros de la Familia
- 3 Hogar: Padres Temporarios
- 4 Facilidad Residencial del Estado
- 5 Facilidad Residencial Privada
- 6 Grupo de Hogar (menos de 6 residentes)
- 7 Grupo de Hogar (6 o más residentes)
- 8 Apartamento (con personas no familiares)
- 9 Hogar de cuidado Pediátrico
- 555 Otro (especifique) _____

2 Información del Padre/Madre

Nombre _____ Apellido _____ Teléfono _____ Fax _____

Dirección _____ Correo Electrónico _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Lenguaje Primario usado en el Hogar - Escoja Uno:

- 1 Inglés
- 2 Español
- 3 Lenguaje de Señas Americano (ASL)
- 4 Todavía no se desarrollado un Lenguaje formal
- 5 Otro (especifique) _____

Los Padres/Guardián (es) Legal sabe que su niño está siendo reportado al censo de sordociegos?

Si No

3 Información de la Escuela

Maestro (a) _____

Nombre de la escuela _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____

Correo Electrónico _____

Distrito Escolar _____ Condado _____

4 Información del Contacto

Nombre _____ Apellido _____

Título/Posición _____

Agencia Escolar _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____

Correo Electrónico _____

5 Causa Mayor de Sordoceguera

Por favor indique UN Código de la mayor causa de sordoceguera, especificando otro si no está en la lista:

Hederitario/Síndrome y Enfermedades Chromosomales

- 101 Síndrome de Aicardi
- 102 Síndrome de Alport
- 103 Síndrome de Alstrom
- 104 Síndrome de Apert (Acrocephalosyndactyly, Tipo 1)
- 105 Síndrome de Bardet-Biedl (Laurence Moon-Biedl)
- 106 Enfermedad de Batten
- 107 Asociación CHARGE
- 108 Chromosome 18, Ring 18
- 109 Síndrome de Cockayne
- 110 Síndrome de Cogan
- 111 Cornelia de Lange
- 112 Síndrome de Cri du chat (Síndrome Chromosome 5p-)
- 113 Síndrome de Crigler-Najjar
- 114 Síndrome de Crouzon (Craniofacial Dysostosis)
- 115 Síndrome de Dandy Walker
- 116 Síndrome de Down (Trisomy Síndrome 21)
- 117 Síndrome de Goldenhar
- 118 Hand-Schuller-Christian (Histiocytosis X)
- 119 Síndrome de Hallgren
- 120 Herpes-Zoster (or Hunt)
- 121 Síndrome de Hunter (MPS II)
- 122 Síndrome de Hurler (MPS I-H)
- 123 Síndrome de Kearns-Sayre
- 124 Secuencia Klippel-Feil
- 125 Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber
- 126 Kniest Dysplasia
- 127 Leber congenital amaurosis
- 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 von Recklinghausen)
- 136 NF2 - Bilateral Acoustic Neurofibromatosis
- 137 Enfermedad de Norrie
- 138 Optico-Cochleo-Dentate Degeneración
- 139 Síndrome de Pfeiffer
- 140 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 Tresomía 13 (Tresomía 13-15, síndrome Patau)
- 149 Tresomía 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 (Tresomía 4p)
- 199 Otro _____

Relacionados con Prematuridad

- 401 Complicaciones de Prematuridad

Undiagnosticado

- 501 No Determinación de Etiología

Post-Natal/Complicaciones

No-Congenital

- 301 Asfixia
- 302 Trauma directo a los ojos y/o oído
- 303 Encéfalitis
- 304 Infecciones
- 305 Meningitis
- 306 Lesión Severa en la Cabeza
- 307 Apoplejía
- 308 Tumores
- 309 Químicamente Inducido
- 399 Otro _____

Complicaciones Pre-Natales/Congenital

- 201 Rubiola Congenital
- 202 Sífilis Congenital
- 203 Toxoplasmosis Congenital
- 204 Cytomegalovirus (CMV)
- 205 Síndrome de Alcohol Fetal
- 206 Hidrocefalia
- 207 Uso de Drogas (madre)
- 208 Microcefalia
- 209 Neonatal Herpes Simplex (HSV)
- 299 Otro _____

6 Grado de la Pérdida del Oído

Oído Derecho

- 1. Suave (26 - 40 dB pérdida)
- 2. Moderada (41 - 55 dB pérdida)
- 3. Moderadamente Severo (56 - 70 dB pérdida)
- 4. Severa (71- 90 dB loss)
- 5. Profunda (91+ dB loss)
- 6. Diagnóstico Pérdida progresiva
- 7. Son necesarios más Exámenes
- 8. Examinado-Resultados no conclucos

Tiene el niño un Desorden Central Auditoria de Procesamiento?

Si No

Oído Izquierdo

- 1. Suave (26 - 40 dB pérdida)
- 2. Moderada (41 - 55 dB pérdida)
- 3. Moderadamente Severo (56 - 70 dB pérdida)
- 4. Severa (71- 90 dB loss)
- 5. Profunda (91+ dB loss)
- 6. Diagnóstico Pérdida progresiva
- 7. Son necesarios más Exámenes
- 8. Examinado-Resultados no conclucos

Tiene el niño implantes Cocleares?

Si No

Si la opción 7 o 8 fue escogida arriba, por favor explique:

Ultimo examen Audiologico: _____
Evaluación de Audición Funcional: _____

7 Grado de la Pérdida de la Visión

Ojo Derecho

- 1. Visión Baja (Agudeza visual de 20/70 a 20/200)
- 2. Legalmente ciego (Agudeza visual de 20/200 o menor o campo de restricción de 20 grados o menos)
- 3. Percepción a la luz solamente
- 4. Totalmente ciego
- 5. Impedimento visual cortical
- 6. Diagnóstico Pérdida progresiva
- 7. Son necesarios más Exámenes
- 8. Examinado-Resultados no conclucos

Ojo Izquierdo

- 1. Visión Baja (Agudeza visual de 20/70 a 20/200)
- 2. Legalmente ciego (Agudeza visual de 20/200 o menor o campo de restricción de 20 grados o menos)
- 3. Percepción a la luz solamente
- 4. Totalmente ciego
- 5. Impedimento visual cortical
- 6. Diagnóstico Pérdida progresiva
- 7. Son necesarios más Exámenes
- 8. Examinado-Resultados no conclucos

Si la opción 7 o 8 fue escogida arriba, por favor explique:

Ultimo examen de la Vista: _____
Evaluación Vista Funcional: _____

8 Otras Discapacidades Marqué si o no para cada una.

- Retardación en el Desarrollo/Retardación Mental? Si No
- Desorden de Comportamiento? Si No
- Impedimentos Físicos? Si No
- Cuidados Necesarios por Salud Compleja? Si No
- Otros Impedimentos? Si No
- Específicos _____

9 Categoría Financiada

Bajo que categoría se reporto al estudiante **Diciembre 1 niño cuenta (IDEIA)?**

MARQUE SOLAMENTE UNA

- 1. IDEIA Parte B (edades 3-21)
- 2. IDEIA Parte C (edades 0-2)
- 3. No Reportado bajo Parte B o Parte C

10 Código de Discapacidad Parte B Discapacidad Primaria del Niño. Bajo que categoría el niño fue reportado para **Diciembre 1 niño cuenta? MARQUE SOLAMENTE UNA**

- 0. No Aplicable Individuo es menor de 3 años de edad
- 1. Desorden del Espectro de Autismo
- 2. Impedimento Auditivo (Incluyendo sordera)
- 3. Sordoceguera
- 4. Retardación Mental
- 5. Discapacidad Múltiple
- 6. Otro Impedimento de Salud
- 7. Impedimento Ortopédico
- 8. Disturbio Emocional
- 9. Discapacidad Específica de Aprendizaje
- 10. Impedimento de Habla y Lenguaje
- 11. Lesión Traumática del Cerebro
- 12. Impedimento visual (Incluyendo ceguera)
- 13. Retrazo del desarrollo (Incluye pre-escolares con discap.)
- 14. Sin Categoría
- 888. No reportado bajo la parte B de IDEIA

11 Estado de Educación Especial MARQUE SOLAMENTE UNA

- 0. En Programa de Educación Especial
- 1. Ya no recibe educación especial/Regreso a Educación Regular
- 2. Graduado con Diploma Regular
- 3. Recibio un Certificado
- 4. Alcanzo la edad máxima
- 5. Difunto: Fecha - _____
- 6. Se movió se conoce que está continuando: Distrito Escolar _____
- 7. Se movió, No se conoce si está continuando
- 8. Dejo la escuela
- 9. Ya no recibe educación especial. Pero todavía está recibiendo Servicios del Proyecto DB
- 10. Recibio un Diploma Modificado
- 11. Ya no es sordociego

11a Ambiente Educacional Presente MARQUE SOLAMENTE UNA

Desde el nacimiento a la edad de 2 años

- 101 Programa Diseñado para Niños con Tardanza de Desarrollo y Discapacidades
- 102 Hogar
- 103 Combinación de EI en el Hogar o Basado en Centros específicos
- 104 Lugar donde se provee servicios
- 105 Guardería/cuidado privado
- 106 Hospital (paciente)
- 107 No está recibiendo servicios de Intervención Temprana (EI en inglés)
- 108 Programa Diseñado para niños desarrollandose típicamente
- 109 Facilidad Residencial
- 155 Misc. Otros (especifique) _____

Edades 3-5

- 201 Ambiente de Intervención Temprana
- 202 Ambiente de Educación Especial Intervención Temprana
- 203 Ambiente Parte EC & Ambiente Parte ECSE
- 204 Hogar
- 205 Facilidad Residencial
- 206 Escuela Separada
- 207 Servicios Intenerantes afuera del Hogar
- 208 Ambiente normal reversible
- 255 Misc. Otros (especifique) _____

Edades 6-21

- 301 Clases Regulares
- 302 Salón de Recursos
- 303 Clases Separadas
- 304 Escuela Publica Separada
- 305 Escuela Privada Separada
- 306 Facilidad Residencial Pública
- 307 Facilidad Residencial Privada
- 308 Hospital
- 310 Programa Escolar en el Hogar
- 311 Programa Post-secundario
- 312 Programa Vocacional
- 313 No en ambiente escolar
- 355 Misc. Otros (especifique) _____

- 11b** Como este niño participa en exámenes de Estado-Distrito?
- Exámenes de Estado/Distrito sin modificaciones
 - Exámenes de Estado/Distrito con modificaciones
 - Examen Alternativo

12 Servicios Proporcionados Marque todas los que apliquen

Que servicios específicos están siendo dados a el niño en este año escolar?

- Servicios de trabajo social
- Servicios Psicológicos
- Conserjería
- Servicios Escolares de Salud
- Servicios Audiologicos
- Terapia de Habla/Lenguaje
- Servicios/consulta de audición
- Educación física adaptada
- Terapia Física
- Terapia Ocupacional
- Orientación y Movilidad
- Servicios/consulta de Visión
- Transportación
- Interprete
- Instrucción en el Hogar
- Instructor Itinerante
- Otro (especifique) _____

13 Aparatos Adaptivos Marque todas los que apliquen

- 01. Audifonos
- 02. Implante(es) Coclear
- 03. Aparato(s) Asistivo(s) de Audición
- 04. Anteojos
- 05. Lente(es) de Contacto
- 06. Ojo(s) Protésico
- 07. Protesis Ortopédica
- 08. Orthotics (AFO's, KAFO's, etc.)
- 09. Baston blanco
- 10. Baston Ortopédico
- 11. Andador
- 12. Silla de ruedas
- 13. Aparato de Comunicación Aumentativo
- 14. Otros (especifique) _____

14 Persona que completo está forma

Nombre _____ Apellido _____

Organización _____ Correo Electrónico _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____