| **DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA EDUCACIÓN ESPECIAL**  **Sordos o con problemas de audición (20) (Intervención temprana)** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Nombre del niño**Haga clic o toque aquí para introducir el texto. | | | | **Fecha de nacimiento** Click or tap to enter a date. | | **Fecha** Click or tap to enter a date. |
|  | | | | **Día, mes y año** | | **Día, mes y año** |
|  | | | | | | |
| **El equipo ha obtenido/realizado las siguientes evaluaciones. Se adjunta un informe de 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 | |
| 2. Evaluación audiológica | | | | | | |
| 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 | |
| Profesional audiólogo | | Fecha en la que se realizó | | | Fecha de revisión | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 3. Pérdida auditiva conductiva solamente: se determina que el examen médico que indica pérdida auditiva identificada por un audiólogo es intratable. | | | | | | |
| 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 | |
|  | | | | | | |
| 4. Pérdida auditiva neurosensorial solamente: se determina que la documentación que indica pérdida auditiva identificada por un audiólogo es neurosensorial. | | | | | | |
| 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 | |
| Profesional audiólogo | | Fecha en la que se realizó | | | Fecha de revisión | |
|  | | | | | | |
| 5. 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 debe tener umbrales de audición en al menos un oído de 25 dBHL, o más en dos o más frecuencias consecutivas a 500 HZ, 1000 HZ, 2000 HZ, 4000 HZ, 6000 HZ, y 8000HZ; o | | | |
| Sí | No | | La pérdida de audición se debe al trastorno del espectro de neuropatía auditiva (ANSD en inglés) o a la microtia/atresia auditiva, según lo determine un audiólogo, médico, enfermero practicante, asistente médico o médico naturista. | | | |

| El equipo está de acuerdo en que como resultado de la discapacidad del niño □ sí □ no califica para los servicios de Intervención Temprana. | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firmas de los miembros del equipo | Título | | Estoy de acuerdo | No estoy de acuerdo |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
|  | | | | |
| Se da a los padres o tutores copia del informe de la evaluación y de 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. | | |