**شهادة صحية أو بيان تقويم صحي**

**اسم الطفل: تاريخ ميلاد الطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**العودة إلى: تاريخ الإرسال المطلوب: رقم الفاكس**

تمت إحالة هذا الطفل لتحديد أهليته للتعليم الخاص. يقتضي قانون ولاية أوريغون الحصول على شهادة طبية أو تقويم صحي لبعض أنواع الإعاقة. هذه المعلومات مطلوبة بشكل عاجل لتحديد الخدمات المناسبة للطفل وللامتثال للجداول الزمنية الفيدرالية الخاصة بتقييم التعليم الخاص. يرجى الإجابة على جميع الأسئلة في الصف (الصفوف) ذات المربعات المحددة مع التوقيع أدناه .

|  |  |
| --- | --- |
| **1.**  | **هل يعاني الطفل من مشكلة في الإبصار؟ نعم لا** |
| **في حالة الإجابة بنعم**، تحقق من كل عنصر ينطبق من العناصر التالية:  حدة البصر المتبقية لدى الطفل تعادل 20/70 أو أقل من ذلك في العين الأفضل مع تصحيح الإبصار. يقتصر المجال البصري للطفل على 20 درجة أو أقل في العين الأفضل.  يعاني الطفل من مرض في العين أو مرض تقدمي في العين يتوقع أن يقلص حدة البصر أو المجال البصري ليصل إلى أحد المعايير المذكورة أعلاه.  نتائج التقويم غير قاطعة ويظهر الطفل استخدامًا غير كاف للبقايا البصرية. |
| **معلومات إضافية حول مشكلة (مشاكل) الرؤية.** |
| **2.**  | **هل يعاني الطفل من مشكلة في السمع؟ نعم لا** |
| **في حالة الإجابة بنعم**، أكمل المعلومات التالية:  يعاني الطفل من فقدان السمع الحسي العصبي.  يعاني الطفل من فقدان سمع توصيلي لا يمكن علاجه.  استخدام التضخيم الصوت مناسب غير مناسب. |
| **معلومات إضافية حول مشكلة (مشاكل) الإبصار.** |
| **3.**  | **هل يعاني الطفل من مشكلة في الصوت؟ نعم لا** |
| **في حالة الإجابة بنعم، يلزم توفير معلومات إضافية حول اضطراب الصوت.** |
| **4.**  | **هل يعاني الطفل من مشكلات طبية ذات صلة تساهم في مشكلة تتعلق بالنطق/اللغة؟ نعم لا** |
| **في حالة الإجابة بنعم، يلزم وصف المشكلة (المشكلات) الطبية التي تساهم في مشكلة الكلام أو اللغة.** |
| **5.**  | **هل يعاني الطفل من إعاقة للطالب يتوقع أن تستمر لأكثر من 60 يومًا تقويميًا؟** **(ضع علامة على كل ما ينطبق):**   * **اضطراب طيف التوحد**   **نعم لا**   * **إعاقة صحية نعم لا** * **ضعف العظام نعم لا** * **إعاقة حركية نعم لا** * **إصابة دماغ رضية سببتها قوة خارجية نعم لا** |
| **في حالة الإجابة بنعم، يلزم إجراء تشخيص أو وصف للإعاقة (الإعاقات) المحددة أعلاه.** |
| **6.**  | **هل شُخصت إصابة الطفل بحالة (حالات) صحية جسدية أو طبية أو حسية أو عقلية أخرى قد تؤثر على أدائه التعليمي؟ نعم لا** |
| **في حالة الإجابة بنعم، فيلزم توفير تشخيص ووصف للتشخيص.** |

**توقيع المهني الطبي/الصحي ولقبه: التاريخ:**  **اسم المهني الطبي/الصحي ولقبه مكتوبًا بأحرف واضحة ولقبه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**