**DECLARACIÓN MÉDICA O DECLARACIÓN DE EVALUACIÓN DE SALUD**

Nombre del niño: Fecha de nacimiento del niño:

Devolver a: Fecha en que se necesita: Número de fax

Este niño ha sido referido para determinar la elegibilidad para recibir educación especial. La Ley de Oregon requiere la obtención de un certificado médico o evaluación de salud para algunas discapacidades. *Esta información se necesita con urgencia* para determinar los servicios apropiados para el niño y *para cumplir con los plazos federales* para la evaluación de educación especial. Por favor conteste todas las preguntas en fila(s) con las casillas de selección y firme abajo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.**  | **¿El niño tiene un problema de visión?** |  | **Sí** | **No** |
| **En caso afirmativo**, marque cada una de las siguientes condiciones que correspondan:  La agudeza residual del niño es de 20/70 o menor en el ojo con mejor visión con corrección. El campo visual del niño está restringido a 20 grados o menos en el ojo con mejor visión.  El niño presenta una patología ocular o una enfermedad ocular progresiva que se espera que reduzca la agudeza residual o el campo visual a uno de los criterios enumerados anteriormente.  Los resultados de la evaluación no son concluyentes y el niño demuestra un uso inadecuado de la visión residual. | | | |
| **Información adicional acerca del problema(s) de visión.** | | | |
| **2.**  | **¿El niño tiene un problema de audición?** |  | **Sí** | **No** |
| **En caso afirmativo**, complete lo siguiente:  El niño presenta pérdida auditiva neurosensorial.  El niño presenta pérdida auditiva conductiva que: es tratable El uso de amplificación: es apropiado no es apropiado. | no es tratable. |  |  |
| **Información adicional acerca del problema(s) de audición.** | | | |
| **3.**  | **¿El niño tiene un trastorno de la voz?** |  | **Sí** | **No** |
| **En caso afirmativo, se necesita información adicional acerca del trastorno de la voz.** | | | |
| **4.**  | **¿El niño tiene problemas médicos pertinentes que contribuyen al problema del habla/lenguaje?**  **Sí No** | | | |
| **En caso afirmativo, se necesita una descripción del problema(s) médico que contribuye a problema de habla o lenguaje.** | | | |
| **5.**  | **¿El niño tiene una discapacidad con una duración prevista de más de 60 días naturales? (Marque todas las que correspondan):**   * **Trastorno del espectro del autismo Sí No** * **Discapacidad de salud Sí No** * **Discapacidad ortopédica Sí No** * **Discapacidad motor Sí No** * **Lesión cerebral traumática causada por una fuerza externa Sí No** | | | |
| **En caso afirmativo, se requiere un diagnóstico o descripción del impedimento(s) identificado anteriormente.** | | | |
| **6.**  | **¿Ha sido el niño diagnosticado con otra condición(es) de salud física, médica, sensorial o mental que Sí No** | | | |
| **En caso afirmativo, se requiere un diagnóstico y una descripción del diagnóstico.** | | | |

# Firma y título del Médico/Profesional de la salud:

**Fecha: Nombre y título impreso del Médico/Profesional de la salud:**