**Declaración de elegibilidad para la intervención temprana (del nacimiento a 3 años de edad)**

**(Deficiencia ortopédica 70)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del niño |  | Fecha de nacimiento |  |
| Escuela |  | Fecha de elegibilidad inicial |  |

***El equipo ha obtenido las siguientes evaluaciones (Adjuntar documentación 1-5):***

1. El equipo ha revisado la información existente, incluyendo la información de los padres, los expedientes acumulativos del estudiante y los planes de servicios familiares individualizados.La documentación de evaluación incluye información relevante de estas fuentes utilizadas en la determinación de elegibilidad.

 Fecha de revisión

2. Declaración médica o declaración de evaluación de salud que indica un diagnóstico de una deficiencia ortopédica o neuromotora o descripción de la deficiencia motora:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Médico, enfermera o asistente médico | Fecha en la que se realizó | Fecha de revisión |

3. Una evaluación motora estandarizada, incluyendo las áreas de motor fino, motor grueso y autoayuda, cuando corresponda, por un especialista en ortopedia o desarrollo neuromotor:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Examinador | Fecha en la que se realizó | Fecha de revisión |

4. Evaluaciones para determinar el impacto de la discapacidad sospechada:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Examinador | Fecha en la que se realizó | Fecha de revisión |

5. Evaluaciones adicionales necesarias para identificar las necesidades educativas del niño:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Examinador | Fecha en la que se realizó | Fecha de revisión |

***El niño cumple con uno o más de los siguientes criterios:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] Sí | [ ] No | El niño tiene una deficiencia motora que se traduce en déficits en la calidad, la velocidad o la precisión del movimiento. Tales déficits están documentados por una puntuación de 2 o más desviaciones estándar por debajo de la media en motor fino, motor grueso o autoayuda; *o* |
| [ ] Sí | [ ] No | El niño tiene déficits funcionales en al menos dos de las tres áreas motoras; *y* |
| [ ] Sí | [ ] No | La condición del niño es permanente o está prevista que dure más de 60 días. |

***El equipo está de acuerdo en que este niño*** ***[ ] sí califica*** ***[ ]  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 copia de la declaración de elegibilidad y el informe de evaluación.