

Distrito escolar/ Agencia pública		Referencia – Educación especial 34 C.F.R. §300.301(b)			
Nombre del estudiante		WISER ID	FDN	Año escolar	Fecha
Nombre(s) de padre o guardián		Nombre(s) de padre o guardián			
Domicilio (Ciudad, Estado y Zona Postal)		Domicilio (Ciudad, Estado y Zona Postal)			
Información de contacto		Información de contacto			
Casa:	Celular:	Casa:	Celular:		
Trabajo:	Correo electrónico:	Trabajo:	Correo electrónico:		

Razón para la referencia

Escriba las razones por las que Ud. cree que el niño/a tiene una discapacidad y necesita educación especial y servicios relacionados. Explique detalladamente el desempeño académico y no académico del niño/a. Hay que incluir cualquier información médica, emocional o relacionada con la salud del niño/a.

Intervenciones y efectos

Favor de explicar, con detalles, cualquier intervención, servicio u otro programa usado para responder a las necesidades del niño/a. Hay que incluir información de cuánto duraron las intervenciones, servicios o programas y los resultados de las intervenciones en el desempeño del niño/a, hasta donde se sepa.

Nombre del niño/a	FDN	Año escolar

Examen del oído y de la vista

Documente los resultados del examen de oído y vista; cualquier porción fallada indica que todo el examen falló.

Examen de la vista

Fecha de examen: _____

Visión: CORREGIDA (lentes/lentes de contacto) SIN CORRECIÓN

	AMBOS OJOS	IZQUIERDO	DERECHO
Agudeza de distancia	20/	20/	20/
Agudeza cercana	20/	20/	20/
Seguimiento	<input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> FALLADO		
Vista de estéreo	<input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> FALLADO		
Vista de color	<input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> FALLADO		

Notas:

Examen del oído

Fecha de examen: _____

OTOSCOPIA:

RESULTADOS DE TONO PURO @ 20 dB	1.0 kHz	2.0 kHz	4.0 kHz
Oído derecho	<input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> FALLADO	<input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> FALLADO	<input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> FALLADO
Oído izquierdo	<input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> FALLADO	<input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> FALLADO	<input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> FALLADO
TIMPANOMETRÍA	PRESIÓN		CUMPLIMIENTO
Oído derecho	<input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> FALLADO		<input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> FALLADO
Oído izquierdo	<input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> FALLADO		<input type="checkbox"/> PASADO <input type="checkbox"/> FALLADO

Notas:

Involucración de los padres

Explique cómo se han tratado las preocupaciones con los padres.

Firma de quien hace la referencia:

Firma _____ Fecha _____

Para uso de la agencia solamente

Nombre y título del representante de la agencia pública recibiendo la referencia	Fecha de recibo de referencia	Procedimientos de medidas preventivas proporcionadas al padre de familia para la referencia inicial 34 C.F.R. §300.504(a)(1)
		Por: _____ Fecha: _____