*Your Letterhead Here*

### INFORME DE EVALUACION DEL ESPECIALISTA DE VISION

**SELPA del Condado de Ventura**

Nombre del Estudiante: Click here to enter text. F.d.N.: Click here to enter text. Edad: Click here to enter text. Años: Click here to enter text. Meses Click here to enter text.

Escuela: Click here to enter text. Grado: Click here to enter text. Sexo: Masculino Femenino

Gerente de Caso: Click here to enter text. Fecha(s) de Evaluación: Click here to enter text.

Nombre(s) de Padre(s): Click here to enter text. Tipo de Informe: Inicial Tres Años

Domicilio: Click here to enter text.

Click here to enter text.

(Calle y Número, Cuidad, Código Postal

Teléfono: Casa Click here to enter text. Trabajo Click here to enter text. Celular Click here to enter text.

*El siguiente informe fue desarrollado para ayudar al equipo del IEP en determinar la elegibilidad y necesidad de educación especial y servicios relacionados de acuerdo con el Código de Regulaciones Federales, Secciones 300.304 a 300.306. Un estudiante se puede calificar como un individuo con necesidades excepcionales si los resultados de la evaluación demuestran que el grado del impedimento requiere educación especial. La decisión de que si resultados de la evaluación demuestran o no que el grado de discapacidad del estudiante requiere la educación especial se hará por el equipo del IEP, incluyendo el personal de evaluación. El equipo del IEP deberá tomar en cuenta todo el material pertinente que está disponible sobre el estudiante. Ningún resultado único o producto de resultados se utilizaran como criterio único para la decisión del equipo del IEP en cuanto la elegibilidad del estudiante para la educación especial. (De CCR 5 Sec. 3030)*

Nivel de Lenguaje Ingles: Ingles Solamente Inicialmente con fluidez con domino del ingles Estudiante de ingles como segunda lengua - Inicial Preintermedio Intermedio Preavanzado Avanzado Reclasificado como un Estudiante que Domina el ingles (Preescolar solamente) Incial Medio Posterior

Los materiales y procedimientos se presentaron en la lengua materna del estudiante/modo de comunicación en una forma más probable de producir información exacta sobre lo que el estudiante sabe y puede hacer académicamente, del desarrollo y funcionalmente. Si no, explique

Evaluación(es) administrada(s) en español.

## Información de Antecedentes Pertinente a este Informe:

Información del ambiente, cultural, e económica: Click here to enter text.

Información de la salud y del desarrollo: Click here to enter text.

Resumen del Informe de los Ojos: Dr. Fecha del Examen:

Condición de los ojos/Etiología/Historia: Click here to enter text.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Agudeza Visual Lejana | | | | Agudeza Visual Cercano | | | |
|  | con/sin corrección | con/sin corrección | Con/baja visión a |  | con/sin corrección | con/sin corrección | con/baja visión a |
| OD Derecho | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. | OD Derecho | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| OS Izquierdo | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. | OS Izquierdo | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| Ambos OU | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Ambos OU | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Receta Medica: | OD Sph Click here to enter text. | Cyl Click here to enter text. | Axis Click here to enter text. |
|  | OS Sph Click here to enter text. | Cyl Click here to enter text. | Axis Click here to enter text. |
| Anteojos: | Anteojos Lentes de Contacto Auxiliar de Baja Visión Anteojos Protectores N/A | | |
| Lentes: | Lentes con Tinte Lentes sin Tinte Bifocales Trifocales N/A | | |
| Usa Lentes: | Usa para Miope Usa para distancia Usa constantemente N/A | | |
| Problema de Refracción: | Miopía Hipermetropía Astigmatismo Ninguno | | |
| Campo de la Restricción: | si no Grado: Click here to enter text. | | |
| Deterioro de la Visión a Color: | si no | | |
| Pronóstico: | Estable Deterioro Capaz de Mejorar Incierto/Fluctuante | | |
| Requisitos de Iluminación: | Promedio Mejor que el Promedio Menos que el Promedio | | |
| Actividades Físicas: | Irrestricto Tome Precauciones/Restringido | | |
| Tratamiento Recomendado: | Click here to enter text. Fecha de Re-examen: Click here to enter text. | | |
| Efectos Secundarios de la Medicación: | Click here to enter text. | | |

Evaluación de Baja Visión: N/A Dr. Click here to enter text. Fecha del Examen: Click here to enter text.

Auxiliar de Baja Visión (LVA) recetado: si no Describir: Click here to enter text.

Antecedentes Educativos:

Historial de Asistencia Escolar – Click here to enter text.

(Solo para la evaluación inicial) Las intervenciones previstas en la educación general antes de la elegibilidad de educación especial - Click here to enter text.

Otro historial educativamente pertinente – Click here to enter text.

## Observaciones del Comportamiento:

Observaciones en el salón y otros escenarios apropiados, incluyendo la relación del comportamiento con el funcionamiento social y académico del estudiante: Click here to enter text.

Comportamiento durante las pruebas, incluyendo la relación del comportamiento a la fiabilidad de los resultados de la evaluación actual: Click here to enter text.

**Información de la Evaluación**

Revisión de las fuentes de datos: (check or indicate “NA”)

Choose an item. Archivo cumulativo Choose an item. Resultados Estatales del Programa de Examines y Reportes Estandarizados (STAR)

Choose an item. Progreso hacia las Metas Choose an item. Resultados del CELDT

Choose an item. Informes de evaluación existentes: (dentro de tres años listar abajo) Ningunos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha | Tipo | Evaluador |
| Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |

Choose an item. Entrevista con el padre Choose an item. Encuesta o entrevista del Maestro/a

Choose an item. Otras fuentes de datos Click here to enter text.

Resumen de los datos existentes (si es pertinente):

Nuevas Evaluaciones Administradas: (List all)

(Describir cualquier evaluación en esta sección, o incluir la descripción de la evaluación en los resultados abajo)

* El estudiante fue evaluado en todas las áreas de discapacidad sospechada
* Todas las pruebas y los materiales incluyen aquellos diseñados para evaluar áreas específicas de necesidad educativa.
* Todas las evaluaciones fueron seleccionadas y administradas para no ser discriminatorias por prejuicios raciales, culturales o sexuales.
* Cada evaluación se utilizó para el propósito para el cual fue diseñado y es válido y fiable.
* Cada instrumento fue administrado por personal capacitado e informado.
* Cada evaluación fue dada de acuerdo con las instrucciones de la prueba proporcionadas por el productor de las evaluaciones.
* Todas las pruebas fueron seleccionadas y administradas para asegurar la mejor producción de resultados que reflejan con exactitud las habilidades del estudiante, no los impedimentos del estudiante, incluyendo habilidades de impedimentos sensoriales, manuales o del habla.

Explicación de alguno de los anteriores que no son aplicables

**Resultados de la Evaluación/Nivel Actual de Rendimiento Académico y Necesidades del Desarrollo Relacionadas:**

|  |
| --- |
| * Apariencia de los Ojos: No hay preocupación |
| * Anormalidades del Comportamiento Relacionadas Con La Visión: No hay preocupación |
| * El Equilibrio Muscular y Respuestas de los Ojos: No hay preocupación |
| * Campo Periférico: No hay preocupación |
| * Discriminación de Color: No hay preocupación |
| * Sensibilidad a la Luz y la Preferencia: No hay preocupación |
| * Habilidades de Desarrollo de Percepción Visual: No hay preocupación |
| * Agudeza Próxima y Discriminaciones: No hay preocupación |
| * Funcionamiento de Impresión Actual: No hay preocupación |
| * Lectura Oral: No hay preocupación |
| * Lectura Silenciosa: No hay preocupación |
| * Lectura y Escritura de Cerca: No hay preocupación |
| * Percepción de Profundidad: No hay preocupación |
| * Agudeza a Distancia y Discriminación: No hay preocupación |
| * Lectura y Escritura A Distancia: No hay preocupación |

**Resumen Total y Recomendaciones:**

Resumen de la evaluación, incluyendo los factores que afectan el desempeño educativo: Click here to enter text.

(Se requiere para las evaluaciones iniciales y de tres años)

Los indicadores de posible discapacidad o discapacidad continua Click here to enter text.

Recomendaciones para hacer posible que el estudiante participe y progrese en el currículo de educación general (o para un niño en edad preescolar, a participar en las actividades apropiadas): give general ideas of areas to be addressed, including reading médium (print, Braille, or other technology)

Posibles servicios de educación especial y relacionados necesarios o adiciones o modificaciones a los servicios actuales necesarios para alcanzar las metas y participar en el currículo general/actividades apropiadas (incluye la base para la determinación de necesidad): Click here to enter text.

Necesidad de servicios especializados y equipo (necesario para la baja incidencia): Click here to enter text.

La decisión respecto a la provisión de educación especial y servicios relacionados específicos es la responsabilidad del equipo del IEP. El propósito de este informe es para proporcionar información para ayudar al equipo en tomar esa decisión.

Otros evaluadores que contribuyeron a este informe:

Click here to enter text. Click here to enter text.

Nombre Titulo

Click here to enter text. Click here to enter text.

Nombre Titulo

Persona completando este Informe:

Click here to enter text. Click here to enter text.

Nombre Titulo

Copia a:  Oficia del Distrito  Archivo Cumulativo  Gerente de Caso  Padre/Estudiante Adulto  Servicio(s) Relacionado(s)