|  |
| --- |
| **AREA DE PLAN LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DESERT/MOUNTAIN** **AREA DE PLAN LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL CHARTER DESERT/MOUNTAIN** 17800 HIGHWAY 18 • APPLE VALLEY, CA 92307(760) 552-6700 • (760) 242-5363 FAX**Remisión de Evaluación de Tecnología Asistencial**  |
| **información del estudiante** |
| Nombre del Estudiante: |       | Fecha de Nacimiento: |       |
| Nro. Medi-Cal: |       | Grado: |       | Género: | [ ]  Masculino  | [ ]  Femenino  |
| Discapacidad: |       | Diagnóstico Médico: |       |
| Plantel Escolar: |       | Nombre del Maestro: |       |
| Distrito de Asistencia: |       | Distrito de Residencia: |       |
| Padre/Tutor: |       |
| Teléfono del Hogar: |       | Teléfono de la Oficina : |       | Otro Teléfono: |       |
| Dirección: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
| Dirección Correo: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Servicios/Ubicación de educación especial actual:       |
|  |
| Hora/día en que el estudiante puede ser observado realizando la habilidad/actividad de inquietud:       |
| Persona de Contacto: |       | Teléfono de Contacto: |       | Fax: |       |
|  |
| **SOLICITUD DE iNFORMACIÓN ADICIONAL**  |
|  |
| 1. **Describa las siguientes áreas de inquietud:**
 |
|

|  |
| --- |
| 1. *Acceso al Interruptor:*
 |
|  |
| 1. *Acceso al Computador:*
 |
|  |
| 1. *Comunicación Aumentativa:*
 |
|  |

 |
|  |  |
| **2. ¿Qué pregunta(a) se intenta responder en la Evaluación de Tecnología Asistencial?**       |
|  |
| **3. Por favor señale el equipo de adaptación usado actualmente:**  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Silla de Ruedas | [ ]  Aparatos Ortopédicos  | [ ]  Stander | [ ]  Dispositivo de Comunicación  |
| [ ]  Muletas  | [ ]  Computador  | [ ]  Férulas de Reposo | [ ]  Chaqueta  |
| [ ]  Silla de Salón Especializada  | [ ]  Interruptores  | [ ]  Otra: |       |

 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Comentarios Adicionales:** *(Por ejemplo: inquietudes emocionales/comportamiento; problemas médicos; déficits de escucha o visión, etc.)*       |
| Remitido por: |       | Título: |       |
| Teléfono de Contacto: |       | Email: |       |
| Firma del Director de Educación Especial:  |       | Fecha: |       |
|  |
| **Adjunte una copia del último informe pscicológico del estudiante e iep actual e incluya cualquier información adicional tales como informes médicos, informes de habla/lenguaje, informes previos ot/o pt, etc.** **Por favor tenga en cuenta: las remisiones incompletas se devolverán para su diligenciamento y para volver a enviarlas.**  |