

# NUEVO INGLATERRA CONSORCIO DE PROYECTOS DE DEAFBLIND

ESTABA NEC TICUT PROYECTO DE DEAFBLIND, MAINE PROYECTO DE DEAFBLIND,  
MASSACHUSETTS PROYECTO DE DEAFBLIND, NEW HAMPSHIRE PROYECTO DE DEAFBLIND

## 2010 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

ADJUNTE INFORMES RECIENTES AUDICIÓN & VISIÓN & LA EDUCACIÓN PLAN

NOMBRE DE ESTUDIANTES \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DECLARE EDAD GÉNERO DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE ID#: MUJER MACHO

USO DE OFICINA SOLAMENTE \_\_\_\_\_  PROVISIONAL  A RIESGO  INDIANA. POR DEBAJO DE 3  NIÑO INICIAL

APROBACIÓN \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_ APROBADO

CÓDIGO \_\_\_\_\_ DE ESTADO CÓDIGO \_\_\_\_\_ DE ID NIÑO \_\_\_\_\_ DE # ENLACE \_\_\_\_\_

IMAGINE DATE \_\_\_\_\_ FECHA DE AUDICIÓN \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_ DE IEP SUELTE DATE \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE GUARDIÁN

Guardián 1 \_\_\_\_\_  Madre  Padre  Abuelo  Tía  Tío  Otro

Dirija \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono en casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico *La forma de* \_\_\_\_\_  
Más Rápida de contacto - por favor incluye

### INFORMACIÓN DE GUARDIÁN

Guardián 2 \_\_\_\_\_  Madre  Padre  Abuelo  Tía  Tío  Otro

Dirija \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono en casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico *La forma de* \_\_\_\_\_  
Más Rápida de contacto - por favor incluye

Programa Actual INFORMATION ESCOLAR/ la Escuela (PROGRAM INFO) \_\_\_\_\_

Dirija \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Póngase en contacto con \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

INFORMATION ESCOLAR ACELERADA Programa de Educación Especial Actual (SPED INFO)

---

Dirija \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Póngase en contacto con \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE RECOMENDACIÓN Nombre (REFERRAL INFO)

---

Dirija \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Póngase en contacto con \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

## SÁBANA DE CÓDIGO DE CENSO DE DEAFBLIND 2010

Por favor rellene un formulario para cada individuo que usted está inscribiendo. En TODAS las áreas usted debe elegir solamente UN artículo en cada categoría.

### 8. Primary Identified Etiology ( Choose only one )

- 101 Aicardi syndrome
- 102 Alport syndrome
- 103 Alstrom syndrome
- 104 Apert syndrome ( Acrocephalosyndactyly , Type I )
- 105 Bardet-Biedl syndrome ( Laurence Moon-Biedl )
- 106 Batten disease
- 107 CHARGE association
- 108 Chromosome 18 , Ring 18
- 109 Cockayne syndrome
- 110 Cogan syndrome
- 111 Cornelia de Lange
- 112 Cri du chat syndrome ( Chromosome 5p )
- 113 Crigler-Najjar syndrome
- 114 Crouzon syndrome ( Craniofacial Dysostosis )
- 115 Dandy Walker syndrome
- 116 Down syndrome ( Trisomy 21 syndrome )
- 117 Goldenhar syndrome
- 118 Hand-Schuller-Christian ( Histiocytosis X )
- 119 Hallgren syndrome
- 120 Herpes-Zoster ( or Hunt )
- 121 Hunter syndrome ( MPS II )
- 122 Hurler syndrome ( MPS I-H )
- 123 Kearns-Sayre syndrome
- 124 Klippel-Feil sequence
- 125 Klippel-Trenaunay-Weber syndrome
- 126 Kniest Dysplasia
- 127 Leber congenital amaurosis
- 128 Leigh disease
- 129 Marfan syndrome
- 130 Derrame los elementos Síndrome
- 131 Maroteaux-Lamy syndrome ( MPS VI )
- 132 Moebius syndrome
- 133 Monosomy 10p
- 134 Morquio syndrome ( MPS IV-B )
- 135 NF1 Neurofibromatosis ( von Recklinghausen )
- 136 NF2 Bilateral Acoustic Neurofibromatosis
- 137 Norrie disease
- 138 Optico-Cochleo-Dentate Degeneration
- 139 Pfeiffer syndrome
- 140 Prader-Willi
- 141 Pierre-Robin syndrome
- 142 Refsum syndrome )
- 143 Scheie syndrome ( MPS I-S )
- 144 Smith-Lemli-Optiz ( SLO ) syndrome
- 145 Stickler syndrome
- 146 Sturge-Weber syndrome
- 147 Treacher Collins syndrome
- 148 Trisomy 13 ( Trisomy 13-15 , Patau syndrome )
- 149 Trisomy 18 ( Edwards syndrome )
- 150 Turner syndrome
- 151 Usher I syndrome
- 152 Usher II syndrome
- 153 Usher III syndrome
- 154 Vogt-Koyanagi-Harada syndrome
- 155 Waardenburg syndrome

- 156 Wildervanck syndrome
- 157 Wolf-Hirschhorn syndrome ( Trisomy 4p )
- 199 Otro : \_\_\_\_\_

**Complicaciones de Pre-Natal/ Congénitas**

- 201 Rubeola Congénito
- 202 Sífilis Congénito
- 203 Toxoplasmosis Congénito
- 204 de Cytomegalovirus (CMV)
- 205 síndrome de Alcohol Fetal
- 206 Hydrocephaly
- 207 Droga Uso
- 208 de Microcephaly
- 209 Herpes Recto (de HSV)
- 299 Otro: \_\_\_\_\_

**Complicaciones Natales/ Post nocongénitos**

- 301 Asfixia
- 302 Trauma de Directo a ojo y/o oreja
- 303 Encefalitis
- 304 Infecciones
- 305 Meningitis
- 306 Herida en la Cabeza
- 308 Tumores de
- 307 cicloss Severos
- 309 Produjeron Químicamente
- 399 Otro: \_\_\_\_\_

**Estar Relacionado con Prematurity**

- 401 Complicaciones con Prematurity

**Undiagnosed**

- 501 No determinación de etiología

**ENGLAND NUEVO CONSORCIO DE PROYECTOS DE DEAFBLIND  
CON NEC TICUT, PROYECTO DE DEAFBLIND MAINE, PROYECTO DE DEAFBLIND MASSACHUSETTS  
PROYECTO DE DEAFBLIND HAMPSHIRE NUEVO PROYECTO DE DEAFBLIND**

Censo Código Sábanas 10 - [www.NECDBP.org](http://www.NECDBP.org) or [NEC@Perkins.org](mailto:NEC@Perkins.org)

## 9. Carrera/ Etnicidad

(RACE/ETHNICITY)

1. Indio americano o Alaska nativo
2. Isleño asiático o Pacífico
3. Negro
4. Hispano
5. White (**no hispano**)

## 10. Visión documentada Loss

(DOCUMENTED VISION LOSS)

Date en Informe de Visión \_\_\_\_\_

(Date of Vision Report)

1. Visión baja (acuidad Visual de 20/70 a 20/200 en mejor ojo con corrección )
2. Ciego legalmente (acuidad Visual de 20/200 o menos o restricción de campo de 20 grados o menos en el mejor ojo con corrección
3. Encienda Percepción Solamente
4. Totalmente Ciego
5. *Intencionalmente dejado en blanco*
6. Progressive Loss diagnosticados
7. Fomente Prueba Necesitada (1 año solamente )
8. *Intencionalmente dejado en blanco*
9. Pérdida de Visión documentada Funcional

## 11. ¿Tiene el individuo CVI? (Cortical Impedimento de vision)

(DOES THE INDIVIDUAL HAVE CVI?)

(0) No      (1) Sí      (2) Desconocido

## 12. Audición documentada Loss

(DOCUMENTED HEARING LOSS)

Date en Informe de Audiology \_\_\_\_\_

(DATE ON AUDIOLOGY REPORT)

1. Ligeramente (pérdida de db de 26-40 )
2. Moderado (pérdida de db de 41-55 )
3. Moderadamente Severo (Pérdida de db de 56-70 )
4. Severo (pérdida de db de 71-90 )
5. Profundo (pérdida de db de 91+ )
6. Diagnosticado Pérdida de Audición progresiva
7. Prueba adicional Necesitado (1 año solamente
8. *Blanco intencionalmente izquierdo*
9. Documentado Pérdida de Audición funcional

**13. Tiene el individuo ¿Central Auditivo Desorden (CAPD) de Procesamiento?**

*(DOES THE INDIVIDUAL HAVE CAPD?)*

Por favor incluya documentación (0) No (1) Sí (2) Desconocido

**14. Tiene el individuo ¿Neuropatía auditiva?**

*(DOES THE INDIVIDUAL HAVE AUDITORY NEUROPATHY?)*

(0) No (1) Sí (2) Desconocido

**15. ¿Tiene este individuo un Implante Cochlear?**

*(DOES THE INDIVIDUAL HAVE A COCHLEAR IMPLANT?)*

(0) No (1) Sí (2) Desconocido

**16-21. Otros Impedimentos o Condiciones** *(OTHER IMPAIRMENTS OR CONDITIONS)*

**(Rodee todo que se aplica con círculos)** *(Circle all that apply)*

	<i>NO</i>	<i>YES</i>	<i>UNKNOWN</i>
<b>16. Ortopédico/ Físico</b> <i>(ORTHOPEDIC)</i>	<b>(0) No</b>	<b>(1) Sí</b>	<b>(2) Desconocido</b>
<b>17. Cognitivo</b> <i>(COGNITIVE)</i>	<b>(0) No</b>	<b>(1) Sí</b>	<b>(2) Desconocido</b>
<b>18. Comportamental</b> <i>(BEHAVIORAL)</i>	<b>(0) No</b>	<b>(1) Sí</b>	<b>(2) Desconocido</b>
<b>19. Necesidades de Asistencia Médica complicadas</b> <i>(COMPLEX HEALTH CARE NEEDS)</i>	<b>(0) No</b>	<b>(1) Sí</b>	<b>(2) Desconocido</b>
<b>20. Comunicación, Habla/ el Idioma</b> <i>(COMM, S/L)</i>	<b>(0) No</b>	<b>(1) Sí</b>	<b>(2) Desconocido</b>
<b>21. Otro</b> <i>(OTHER)</i>	<b>(0) No</b>	<b>(1) Sí</b>	<b>(2) Desconocido</b>

**(Especifique):** \_\_\_\_\_ *(SPECIFY)*

**22. No usado**

*(Not Used)*

**23. Separe la Categoría de C Código (Para Nacimiento – los 2 de Edades)**

*(PART C CATEGORY CODES) (Birth to 2 years)*

1. A Riesgo
2. Developmentally Se Retrasado
888. No Informado bajo C Parcial

## **24. Separe la Categoría de B Código (Para los 3 – 21 Elija Uno )**

*(PART B CATEGORY CODES) (3 to 21 years)*

1. Retraso mental
2. La audición Afectó (incluye sordera )
3. Impedimento de habla o Idioma
4. Impedimento visual (incluye ceguera )
5. Perturbación emocional
6. Impedimento ortopédico
7. Otro Impedimento de Salud
8. Discapacidad de Aprendizaje específica
9. Deafblindness
10. Multidiscapacitado
11. Desorden de Espectro de autismo
12. Herida de Cerebro traumática
13. Developmentally Retrasado los 3 a través de 9
14. Nocatégorico

888. No Informado bajo B Parcial de IDEA

## **25. Intervención temprana (Origine a través de 2) Posiciones**

*(EARLY INTERVENTION (BIRTH THROUGH 2) SETTINGS)*

1. En Casa
2. Posiciones Basadas en la Comunidad
3. Otras Posiciones

## **26. Educativo Posiciones (de 3-21 )**

*(EDUCATIONAL (3-21) SETTINGS)*

### **ECSE (Envejezca 3 – 5) Posición**

*ECSE (Age 3-5) Settings*

1. Que Asisten a una Niñez Temprana regular Programan al menos 80% del tiempo
2. Que Asiste a un Niñez el Programa Temprano regular al menos 40% - 79% del tiempo
3. Que Asisten a una Niñez Temprana regular Programan menos de 40% del tiempo
4. Que Va a una Clase Separada
5. Que Asiste un Sepárese Escuela
6. Que Asiste a una facilidad residencial
7. Posición de proveedor de servicios
8. Casa

### **La escuela Envejeció (Envejezca 6 – 21) Posición**

*(School Aged (Age 6-21) Settings)*

9. Dentro del clase 80% regular o más del día
10. Dentro del clase 40% regular a 79% del día
11. Dentro de la clase regular menos de 40% del día
12. Separan la Escuela
13. Facilidad Residencial
14. En Casa/ Hospital
15. Instalaciones Correccional
16. Colocado por los Padres en escuelas privadas

**27. ¿Tiene este individuo la Participación en Evaluaciones en Todo el Estado?**

*(DOES THIS INDIVIDUAL HAVE PARTICIPATION IN STATEWIDE ASSESSMENTS?)*

1. Evaluación de Estado de nivel de curso Regular
2. Regulares de nivel de curso w/ alojamientos de Estado de evaluación
3. Evaluaciones Alternas se alinearon con normas de logro de nivel de curso
4. Evaluaciones Alternas basadas en normas de logro alternas
5. Modificó normas de logro
6. No aún necesitado

**28. C parcial Saliendo Situación (Pues las Edades Originan los - 2 de)**

*((PART C EXITING STATUS (For ages birth – age 2))*

0. In a Part C intervention program
1. Finalización de IFSP antes de alcanzar la edad máxima para C Parcial
2. Elegible para IDEA, Parte B
3. No elegible para B Parcial, salida con recomendaciones a otros programas
4. No elegible para B Parcial, salida sin recomendaciones
5. Separe elegibilidad de B no determinada
6. Difunto
7. Se desplazado fuera del estado
8. Retirada de padre (o guardián )
9. Los intentos de contactar a el padre y/o a niño eran fracasados
10. Intencionalmente dejado en blanco
11. Intencionalmente dejado en blanco

**29. B parcial Saliendo (Para de 3 - 21)**

*(PART B EXITING (For ages 3-21))*

0. En Programa de Educación Especial antiguo ECSE o la escuela
1. Transferido a la Educación Regular
2. Se graduado con Diploma Regular
3. Recibido un Certificado
4. Edad alcanzada Máxima
5. Muerto
6. Se movido Conocido ser Continuo
7. Intencionalmente dejado en blanco
8. Abandonado
9. Intencionalmente dejado en blanco
10. Intencionalmente dejado en blanco
11. Intencionalmente dejado en blanco

**30. Deafblind Prevea Que Sale Situación**

*(DEAFBLIND PROJECT EXITING STATUS)*

0. Recibiendo Servicios del Proyecto de DB.
1. Ya No Recibiendo Servicios del Proyecto de DB.

**31. Vida Posición (Elija solamente uno)**

*((LIVING SETTING (Choose only one))*

1. Casa: Origine/ Padres Adoptivos
2. Casa: Familia extendida
3. Casa: Padres Adoptivos
4. Declare la Facilidad Residencial
5. Privado Facilidad de Residencial
6. Agrupe Casa (menos de 6 residentes )
7. Agrupe Casa (6 o más residentes )
8. Apartamento (con persona de no familia (s)
9. Residencia de Ancianos pediátrica
555. Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

**32. ¿Usa este individuo Lentes Correctivas?**

*(DOES THIS INDIVIDUAL USE CORRECTIVE LENSES?)*

(0) No      (1) Sí      (2) Desconocido

**33 Usa este individuo Aparatos de Escucha de Asistencia?**

*(DOES THIS INDIVIDUAL USE ASSISTIVE LISTENING DEVICES?)*

(0) No      (1) Sí      (2) Desconocido

**34. ¿Tiene este individuo Tecnología Asistencial Adicional?**

*(DOES THIS INDIVIDUAL HAVE ADDITIONAL ASSISTIVE TECHNOLOGY?)*

(0) No      (1) Sí      (2) Desconocido

**Gracias por rellenar este formulario. Agrade correo a:**

*(Thank you for completing this form. Please mail to:)*

**NEC , 175 Norte Calle de faro. , Watertown , MA 02472 O Mande por Fax formas a: 617-972-7354**

*(NEC, 175 North Beacon St., Watertown, MA 02472 or Fax forms to: 617-972-7354)*

# PADRE CONTACTO Y REGISTROS RELEASE

El personal del Consorcio de Nueva Inglaterra tiene mi permiso contactarme directamente con respecto a mi hijo que es deafblind y en cuanto a envíos de boletín informativo, talleres principales, reuniones regionales y otras comunicaciones de interés general para padres y/o defensores y enviar el nombre de sus niños a la agencia de visión/ audición local. Y yo doy mi permiso o el debajo de persona/ nombrada agencia para dar a conocer información telefónicamente, correo o fax a el Nuevo El Consorcio de Inglaterra en cuanto a la visión, de mis niños audición y/o la educación planea. \*I tiene entendido que esta información es necesaria para inscripción, permanecerá confidencial y es solicitada para determinar elegibilidad para servicios de ayuda/ consulta de deafblind técnicos.

## CONTACTO PRINCIPAL

NOMBRE DE NIÑOS: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

*POR FAVOR PROPORCIONE SEA GREEN AMISTOSAMENTE*

TELÉFONO EN CASA \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELDA: \_\_\_\_\_

PADRE/ GUARDIÁN FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

*TERMINA ES EL UN AÑO*

## REGISTROS RELEASE

**YO HE ADJUNTADO LOS SIGUIENTES INFORMES ACTUALES:**

- Informe (Audiology) de audición o la Audición Funcional Evaluación (o el Resumen de Dr.) Y
- Informe (Oftalmología) de visión o Funcional Evaluación (o Dr. de Visión Resumen )

**YO NO TENGO LA AUDICIÓN O LOS INFORMES DE VISIÓN POR FAVOR SOLICITAN REGISTROS DE:**

**POR FAVOR ENVÍE LOS REGISTROS MÁS RECIENTES PARA EL ANTERIOR NOMBRADO NIÑO QUE ENSEÑA A LOS NIÑOS QUE VISIÓN/ LA AUDICIÓN DOCUMENTÓ PÉRDIDA (ES) A NEC TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE:**

PADRE/ GUARDIÁN FIRMA \_\_\_\_\_ LA FECHA: \_\_\_\_\_

*TERMINA ES EL UN AÑO*

DIRECCIÓN DE PERSONA DE VISIÓN			AUDICIÓN DIRECCIÓN DE PERSONA		
NOMBRE			NOMBRE		
DIRIJA			DIRIJA		
CIUDAD	ST	CREMALLERA	CIUDAD	ST	CREMALLERA
TEL:			TEL:		
FAX:			FAX:		

**POR FAVOR ENVÍE REGISTROS PARA: NUEVA INGLATERRA CONSORCIO (NEC)**

**Atn: Asistente de proyecto, 175 No. Beacon St., Watertown, MA 02472**  
617.972.7515 Teléfono 617.972.7354 Mandan por Fax