



**HOJA DE TRABAJO DE ELEGIBILIDAD – IMPEDIMENTO VISUAL  
(Incluyendo ceguera)**

|             |                         |                      |
|-------------|-------------------------|----------------------|
| Estudiante: | N.º UID del estudiante: | Fecha de nacimiento: |
| Escuela:    | Grado:                  | Edad:                |

**Las pruebas y evaluaciones formales requeridas para la determinación de elegibilidad se muestran a continuación:**

| Fecha                          | Prueba/Evaluación                                                                                                                                                            | Resumen de pruebas/evaluaciones                                                                        |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                | Prueba de audición                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente ____dB ____Hz<br>Comentario: _____ |
|                                | Conferencia(s) con los padres                                                                                                                                                |                                                                                                        |
|                                | Historial social/del desarrollo                                                                                                                                              |                                                                                                        |
|                                | Evaluación educativa:                                                                                                                                                        |                                                                                                        |
|                                | Evaluación oftalmológica o de optometría                                                                                                                                     |                                                                                                        |
| Para niños en edad preescolar: |                                                                                                                                                                              |                                                                                                        |
|                                | Las observaciones en distintos contextos deben incluir: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Observación de características físicas, ambientales y de conducta;</li></ul> |                                                                                                        |



## Eligibility Worksheet – Visual Impairment - Spanish

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cerrar o cubrir un ojo, inclinar la cabeza o empujar la cabeza hacia enfrente, entrecerrar los párpados;</li> <li>○ Dificultad haciendo actividades que requieren de la vista;</li> <li>○ Evitar hacer actividades de cerca o irritación al tener que hacer actividades de cerca;</li> <li>○ Incapaz de ver objetos distantes;</li> <li>○ Dificultad de navegación; y</li> <li>○ Apariencia de los ojos (i.e. Ojos cruzados, nistagmo)</li> </ul> |  |
|                             | Otro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| Para niños en edad escolar: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                             | Observaciones en distintos contextos para evaluar habilidades académicas y funcionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|                             | Evaluación de vista funcional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|                             | Inventario de capacidades Braille / Evaluación de medios de aprendizaje                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |



|  |      |  |
|--|------|--|
|  | Otro |  |
|--|------|--|

**¿Qué sabemos ahora acerca del estudiante según los resultados de las pruebas iniciales, las evaluaciones, y la revisión de la información existente que se han requerido?**

**Fortalezas**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Necesidades**

|  |
|--|
|  |
|--|

**¿Cuál es el efecto adverso en el desempeño académico?**

|  |
|--|
|  |
|--|

**¿Qué pruebas hay de que el estudiante requiere enseñanza de diseño especial?**

|  |
|--|
|  |
|--|



|  |
|--|
|  |
|--|

**Después de completar la Hoja de Trabajo de Elegibilidad, el equipo *IEP* (Programa de Educación Individualizada) debe determinar la elegibilidad.** (Completar el Reporte de Elegibilidad)