



Formulario de informe para el Censo de sordociegos de Missouri

| | |
|---------------|--|
| CHILD MOSIS#: | |
| STATE ID#: | |

I. Información sobre la persona (Niño/Adulto joven)

| | | |
|---|----------------------------------|---|
| 1. Nombre: | Apellido: | Inicial del segundo nombre: |
| 2. Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino | 3. Fecha de nacimiento del niño: | mes día año |
| 4. Condado donde reside el niño: | | |
| 5. Nombre del padre/madre/tutor: | | |
| Dirección: | Ciudad/Pueblo: | Código postal: |
| Teléfono: | | Correo electrónico: |

6. Etiología principal identificada (Ingrese un código numérico en la casilla de la lista a continuación).

| | | |
|---|---|---|
| <p>SÍNDROMES Y TRASTORNOS HEREDITARIOS/CROMOSÓMICOS</p> <p>101. Síndrome de Aicardi 102. Síndrome de Alport 103. Síndrome de Alstrom 104. Síndrome de Apert (Acrocefalosindactilia tipo 1) 105. Síndrome de Bardet-Biedl (Laurence-Moon-Biedl) 106. Enfermedad de Batten 107. Síndrome de CHARGE 108. Cromosoma 18 en anillo 18 109. Síndrome de Cockayne 110. Síndrome de Cogan</p> <p>111. Síndrome de Cornelia de Lange 112. Síndrome de supresión del cromosoma 5p (Síndrome del maullido del gato) 113. Síndrome de Crigler-Najjar 114. Síndrome de Crouzon (Disostosis craneofacial) 115. Síndrome de Dandy Walker 116. Síndrome de Down (Trisomía 21). 117. Síndrome de Goldenhar 118. Enfermedad de Hand-Schuller-Christian (Histiocitosis X) 119. Síndrome de Hallgren 120. Herpes Zoster (o Hunt) 121. Síndrome de Hunter (MPS II) 122. Síndrome de Hurler (MPS I-H) 123. Síndrome Kearns-Sayre</p> <p>124. Secuencia de Klippel-Feil 125. Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber 126. Displasia de Kniest 127. Amaurosis congénita de Leber 128. Enfermedad de Leigh</p> <p>129. Síndrome de Marfan</p> <p>130. Síndrome de Marshall</p> | <p>131. Síndrome de Maroteaux-Lamy (MPS VI) 132. Síndrome de Moebius 133. Monosomía 10p 134. Síndrome de Morquio (MPS IV-B) 135. NF1 - Neurofibromatosis (Enfermedad de von Recklinghausen) 136. NF2 - Neurofibromatosis acústica bilateral 137. Enfermedad de Norrie 138. Degeneración óptico-cocleo-dental 139. Síndrome de Pfeiffer 140. Síndrome de Prader-Willi</p> <p>141. Síndrome de Pierre-Robin 142. Síndrome de Refsum 3 Doc C-1</p> <p>143. Síndrome de Scheie (MPS I-S) 144. Síndrome de Smith-Lemli-Opitz (SLO) 145. Síndrome de Stickler 146. Síndrome de Sturge-Weber 147. Síndrome de Treacher Collins 148. Trisomía 13 (Trisomía 13-15, síndrome de Patau) 149. Trisomía 18 (Síndrome de Edwards) 150. Síndrome de Turner 151. Síndrome de Usher, Tipo I 152. Síndrome de Usher, Tipo II 153. Síndrome de Usher, Tipo III</p> <p>154. Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada 155. Síndrome de Waardenburg 156. Síndrome de Wildervanck 157. Síndrome de Wolf-Hirschhorn (Trisomía 4p) 199. Otro: _____</p> <p>(Indique el código numérico en la casilla de arriba y especifique en este espacio).</p> | <p>COMPLICACIONES PRENATALES/CONGÉNITAS</p> <p>201. Rubéola congénita 202. Sífilis congénita 203. Toxoplasmosis congénita 204. Citomegalovirus (CMV) 205. Síndrome alcohólico fetal 206. Hidrocefalia 207. Consumo de drogas de la madre 208. Microcefalia 209. Herpes Simplex Neonatal (HSV) 299. Otro: _____</p> <p>(Indique el código numérico en la casilla de arriba y especifique en este espacio).</p> <p>COMPLICACIONES POSNATALES/NO CONGÉNITAS</p> <p>301. Asfixia 302. Trauma directo en el ojo y/o el oído 303. Encefalitis 304. Infecciones 305. Meningitis 306. Lesión grave en la cabeza 307. Accidente cerebrovascular 308. Tumores 309. Inducido químicamente 399. Otro: _____</p> <p>(Indique el código numérico en la casilla de arriba y especifique en este espacio).</p> <p>RELACIONADO CON EL NACIMIENTO PREMATURO</p> <p>401. Complicaciones del nacimiento prematuro</p> <p>SIN DIAGNOSTICAR</p> <p>501. Sin determinación de la etiología</p> |
|---|---|---|

| | | | | | | | |
|-----------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|---|--|
| 7. Etnia | <input type="radio"/> 1. Indígena estadounidense o de Alaska | <input type="radio"/> 2. Asiático | <input type="radio"/> 3. Negro/Afroamericano | <input type="radio"/> 4. Hispano | <input type="radio"/> 5. Blanco | <input type="radio"/> 6. Indígena de Hawái u otros isleños del Pacífico | <input type="radio"/> 7. Dos o más razas |
|-----------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|---|--|

II. Información sobre discapacidades visual, auditiva y otras

1. * Pérdida de visión documentada. Seleccione UNA opción, la que describa mejor lo siguiente:

A. Grado de pérdida de visión documentada con corrección de la persona o

B. Indique si se necesitan pruebas adicionales (tienen que completarse las pruebas antes de enviar el siguiente censo) o

C. Indicar que el estudiante tiene una pérdida de visión funcional documentada.

| | | |
|------------------------|-------------------------------------|--|
| 1. Visión reducida | 4. Totalmente ciego | 7. Se necesitan pruebas adicionales |
| 2. Legalmente ciego | 6. Pérdida progresiva diagnosticada | 9. Pérdida de visión funcional documentada |
| 3. Solo percibe la luz | | |

2. * Pérdida auditiva documentada. Seleccione UNA opción, la que describa mejor lo siguiente:

A. Grado de pérdida auditiva documentada con corrección de la persona o

B. Indicar que se necesitan pruebas adicionales (tienen que completarse las pruebas antes de enviar el siguiente censo) o

C. Indique que el estudiante tiene una pérdida auditiva funcional documentada.

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| 1. Leve (pérdida de 26-40 dB) | 4. Severa (pérdida de 71-90 dB) | 7. Se necesitan pruebas adicionales |
| 2. Moderada (pérdida de 41-55 dB) | 5. Profunda (pérdida de 91+ dB) | 9. Pérdida auditiva funcional documentada |
| 3. Moderadamente severa (pérdida de 56-70 dB) | 6. Pérdida progresiva diagnosticada | |

APELLIDO:

Formulario del Censo de MoDBTAP**3. ¿El niño tiene algo de lo siguiente?**

Neuropatía auditiva
Trastorno central de la percepción auditiva (CAPD)
Implante coclear
Deficiencia visual cortical
Otro:
Otro:

4. Indique todas las demás discapacidades documentadas, además de la pérdida de visión y audición:

Discapacidades físicas
Discapacidad cognitiva
Trastornos de conducta
Necesidades complejas de cuidados de la salud
Comunicación/Habla y lenguaje
Otro:

III. Información sobre informe, financiamiento y colocación**1. Parte C Categoría del informe. Si el niño tiene de 0 a 2 años de edad, ingrese la categoría bajo la cual se informó dentro del programa de Intervención temprana (Departamento de Salud). [Seleccione uno]**

- En riesgo de tener retrasos en el desarrollo Tiene retrasos en el desarrollo No fue informado bajo la Parte C

2. Parte B Código de categoría del informe. Si el niño tiene de 3 a 21 años de edad, indique el código de la categoría principal bajo la cual se informó en la Parte B, conteo de niños de IDEA [Seleccione uno]

1. Discapacidad intelectual 6. Impedimento ortopédico 12. Lesión cerebral traumática
 2. Deficiencia auditiva (incluye sordera) 7. Otro problema de salud 13. Retrasos en el desarrollo (de los 3 a los 9 años de edad)
 3. Trastornos del habla o del lenguaje 8. Problemas de aprendizaje específicos 14. No categórico
 4. Deficiencia visual (incluye ceguera) 9. Sordociego 888 No informado bajo la Parte B de IDEA
 5. Trastorno emocional 10. Múltiples discapacidades
 11. Autismo

3. Entorno de intervención temprana (0-2) Por favor, especifique dónde recibe los servicios el niño.

1. Casa 2. Entorno basado en la comunidad 3. Otro [por favor, especifique]:

4. Entorno educativo de los 3 a los 5 años de edad. Por favor, escoja la opción que describe mejor a qué tipo de programa asiste el niño.

1. Asiste a un programa regular de primera infancia por lo menos el 80% del tiempo. 5. Asiste a una escuela separada.
 2. Asiste a un programa regular de primera infancia del 40% al 79% del tiempo. 6. Asiste a un centro residencial.
 3. Asiste a un programa regular de primera infancia menos del 40% del tiempo. 7. Ubicación del proveedor de servicios.
 4. Asiste a una clase separada. 8. Casa

5. Entorno educativo de los 6 a los 21 años de edad. Por favor, escoja la opción que describe mejor a qué tipo de programa asiste el niño.

9. Dentro de la clase regular el 80% o más del día 13. Centro residencial
 10. Dentro de la clase regular del 40% al 79% del día 14. Domicilio/hospital
 11. Dentro de la clase regular menos del 40% del día 15. Centros penitenciarios
 12. Escuela separada 16. Colocado por lo padres en una escuela privada

6. Participación en las evaluaciones estatales: Por favor, indique en cuál sistema de evaluación participa el niño.

1. Evaluación estatal de grado escolar regular.
 2. Evaluación estatal de grado escolar regular con adaptaciones.
 3. Evaluación alternativa de acuerdo con el grado escolar.
 6. No se requiere por la edad o el grado escolar.

7. Situación de educación especial/Parte C (0-2) Salida. Por favor, indique UN código, el que describa mejor la situación de la persona en el programa de educación especial.

0. Está en un programa de intervención temprana de la Parte C. 5. No se ha determinado la elegibilidad para la Parte B.
 1. Se ha completado el IFSP antes de llegar a la edad máxima para la Parte C. 6. Falleció.
 2. Elegible para IDEA, Parte B. 7. Se mudó fuera del estado.
 3. No es elegible para la Parte B; se refirió a otro programa. 8. Padre/madre/tutor le dio de baja.
 4. No es elegible para la Parte B; salida sin referirse. 9. No se logró comunicación con los padres.

APELLIDO: **Formulario del Censo de MoDBTAP**

8. Situación de educación especial/Parte B Salida. Por favor, indique UN código, el que describa mejor la situación de la persona en el programa de educación especial para el 1 de diciembre del año en curso.

0. En educación especial de primera infancia o de edad escolar.
 4. Alcanzó la edad máxima.
1. Transferido a educación regular.
 5. Falleció.
2. Graduado con diploma de preparatoria regular.
 6. Se mudó, pero continúa en el programa.
3. Recibió un certificado.
 8. Desertó.

9. Entorno de residencia actual:

1. Hogar: Padres
 5. Centro residencial privado
 9. Residencia de enfermería pediátrica
2. Hogar: Familia extendida
 6. Hogar de grupo (menos de 6 residentes)
 555. Otro
3. Casa: Padres adoptivos
 7. Hogar de grupo (6 o más residentes)
4. Centro residencial estatal
 8. Apartamento (con personas que no son familia)

10. ¿Esta persona usa alguno de los siguientes equipos de asistencia?

Lentes correctivos
 Dispositivos de audición asistida (esto es, audífonos o sistema FM)
 Tecnología de apoyo adicional (que no sea lentes correctivos o dispositivos de audición asistida)

11. Información de la escuela

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------|--|
| Nombre de la agencia/escuela: | | | |
| Dirección residencial: | | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| Número de teléfono: | Número de fax: | | |
| Nombre de la maestra: | Correo electrónico de la maestra: | | |

12. ¿Esta persona recibe servicios por parte de un interventor/auxiliar de apoyo individual?

- Sí
 No

13. Nombre de la persona que completa el formulario de informe

| | |
|---------------------|--------------------|
| Nombre: | Título/Parentesco: |
| Correo electrónico: | Teléfono: |
| Firma: | Fecha: |

Por favor, devuelva este formulario **y** el Formulario de autorización correspondiente a:

Megan Burgess, Deaf-Blind Project Coordinator

Megan.Burgess@msb.dese.mo.gov

Fax: (314)773-3762

3815 Magnolia Ave, St. Louis MO 63110

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, por favor comuníquese con nosotros al:(314)633-1587 o envíe un correo electrónico a Megan.Burgess@msb.dese.mo.gov