|  |
| --- |
| **PLAN DE ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE DESERT/MOUNTAIN****PLAN DE ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL AUTÓNOMA DE DESERT/MOUNTAIN**17800 HIGHWAY 18 • APPLE VALLEY, CA 92307(760) 552-6700 • (760) 242-5363 FAX**Remisión terapia física**Este formulario es para los maestros, padres u otras personas involucradas con los estudiantes que tienen una presunta necesidad de servicios especializados Terapia Física |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** |
|  |  |  |  |  |
| **[ ]  REMISIÓN INICIAL** | **[ ]  REMISIÓN DE TRANSFERENCIA** |  | Fecha de remisión: |  |
| Nombre del estudiante: |  | Fecha de nacimiento: |  | Edad: |  |
| Incapacidad: |  | Grado: |  | Género: | [ ]  Masculino [ ]  Femenino |
| Diagnóstico médico: |  |
| Plantel escolar: |  | Nombre maestro: |  |
| Distrito de asistencia: |  | Distrito de residencia: |  |
| Padre/tutor: |  |
| Teléfono hogar: |  | Teléfono trabajo: |  | Otro teléfono: |  |
| Dirección: |  | Ciudad: |  | Estado: |  | Cód. postal: |  |
| Dirección de correo: |  | Ciudad: |  | Estado: |  | Cód. postal: |  |
| Servicios de educación especial que el estudiante está recibiendo actualmente: |  |
|  |
|  |
| Día y hora específicos en que el estudiante puede ser observado desempeñando una habilidad/actividad motivo de preocupación: |  |
|  |
|  |
|  |
| **INDICAR LAS NECESIDADES DEL ESTUDIANTE FUNCIONALES/DE MOVILIDAD EN LAS SIGUIENTES ÁREAS:** |
| 1. | SALÓN DE CLASE-bIBLIOTECA-ArtE | [ ]  | Dificultades para acceder a todos los materiales de trabajo |
|  |  | [ ]  | Dificultad para moverse entre todas las estaciones de trabajo |
|  |  | [ ]  | Dificultad para ubicarse en todas las estaciones de trabajo |
|  | *¿Qué intervenciones se han intentado hasta la fecha? ¿En qué período de tiempo?* |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 2. | PUERTAs | [ ]  | Dificultad para abrir y cerrar puertas |
|  |  | [ ]  | Dificultad para moverse entre las puertas |
|  | *¿Qué intervenciones se han intentado hasta la fecha? ¿En qué período de tiempo?* |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 3. | PASILLOs | [ ]  | Dificultad para viajar distancias requeridas |
|  |  | [ ]  | Dificultad para moverse a través de pasillos concurridos |
|  |  | [ ]  | Dificultad para utilizar una fuente de agua |
|  | *¿Qué intervenciones se han intentado hasta la fecha? ¿En qué período de tiempo?* |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 4. | CAFETERÍA | [ ]  | Dificultad para moverse por la linea del almuerzo |
|  |  | [ ]  | Dificultad para llevar la bandeja del almuerzo |
|  |  | [ ]  | Dificultad para sentarse en una mesa del almuerzo |
|  | *¿Qué intervenciones se han intentado hasta la fecha? ¿En qué período de tiempo?* |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 5. | BAÑO | [ ]  | Dificultad para sentarse o ponerse de pie en un baño |
|  |  | [ ]  | Dificultad para entrar y salir del retrete o baño |
|  |  | [ ]  | Dificultad para acceder al grifo /jabón/toallas |
|  | *¿Qué intervenciones se han intentado hasta la fecha? ¿En qué período de tiempo?* |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 6. | Bus ESCOLAR | [ ]  | Dificultad para subir y bajar al bus |
|  |  | [ ]  | Dificultad para sentarse de forma segura en el bus |
|  | *¿Qué intervenciones se han intentado hasta la fecha? ¿En qué período de tiempo?* |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 7. | PATIO DE JUEGO | [ ]  | Dificultad para acceder al patio de juego |
|  |  | [ ]  | Dificultad para jugar en equipo al aire libre |
|  | *¿Qué intervenciones se han intentado hasta la fecha? ¿En qué período de tiempo?* |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 8. | REUNIONES-EVENTOS DEPORTIVOS | [ ]  | Dificultad para acceder a la sala de reuniones /gimnasio |
|  |  | [ ]  | Dificultad para acceder a un campo atlético |
|  |  | [ ]  | Dificultad para sentarse con compañeros |
|  | *¿Qué intervenciones se han intentado hasta la fecha? ¿En qué período de tiempo?* |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL** |
| Al maestro le gustaría obtener más información e instrucciones acerca del estudiante : |
|  | [ ]  Silla de ruedas | [ ]  Caminador | [ ]  Posicionamiento | [ ]  Muletas | [ ]  Ortesis (aparato/dispositivo) |
| Enumere cualquier equipo especializado que utilice el estudiante: |  |
|  |
|  |
|  |
| Otros comentarios: |  |
|  |
|  |
| Remitido por: |  | Relación con el estudiante (padre, maestro, etc.): |  |
| Firma: |  | Fecha: |  |
| Firma director educación especial: |  | Fecha: |  |