



## IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIANTES CON PÉRDIDA AUDITIVA Y VISUAL COMBINADA

Si tienes un estudiante de 3 a 21 años que evidencie alguna pérdida visual y auditiva, favor de completar este formulario. Esta información se utilizará para identificar las necesidades del estudiante y ofrecer asistencia técnica al personal que les brinda servicios y a sus familias.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Número de registro \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre de los padres o encargados: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Problema de Visión - Condición: \_\_\_\_\_ Agudeza Visual: OD \_\_\_\_\_ OI \_\_\_\_\_

Problema de Audición – Pérdida Auditiva OD \_\_\_\_\_ OI \_\_\_\_\_

Causa del Impedimento: \_\_\_\_\_

Persona Contacto: \_\_\_\_\_

Posición \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

De tener alguna duda para completar esta información, favor de comunicarse con:

Juanita Rodríguez-Colón, Coordinadora [juanita.jrodriguez@gmail.com](mailto:juanita.jrodriguez@gmail.com)

Marta Sanabria-Ortiz, Directora [martasanabriao@gmail.com](mailto:martasanabriao@gmail.com)

Nuestro compromiso es ofrecer servicios de calidad a la población de estudiantes con pérdida visual y auditiva combinada y ayudar a las familias y a los proveedores de servicios a brindar un servicio apropiado fundamentado en las necesidades de éstos.

**GRACIAS POR SU COOPERACIÓN**



## IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIANTES CON PÉRDIDA AUDITIVA Y VISUAL COMBINADA

Si tienes o conoces un niño(a) de 0 a 35 meses y que evidencie alguna pérdida visual y auditiva, favor de completar este formulario. Esta información se utilizará para identificar las necesidades del niño(a) y ofrecer asistencia técnica al personal que les brinda servicios y a sus familias.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Número de registro \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre de los padres o encargados: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Problema de Visión - Condición: \_\_\_\_\_ Agudeza Visual: OD \_\_\_\_\_ OI \_\_\_\_\_

Problema de Audición – Pérdida Auditiva OD \_\_\_\_\_ OI \_\_\_\_\_

Causa del Impedimento: \_\_\_\_\_

Persona Contacto: \_\_\_\_\_

Posición \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

De tener alguna duda para completar esta información, favor de comunicarse con:

Juanita Rodríguez-Colón, Coordinadora [juanita.jrodriguez@gmail.com](mailto:juanita.jrodriguez@gmail.com)

Marta Sanabria-Ortiz, Directora [martasanabriao@gmail.com](mailto:martasanabriao@gmail.com)

Nuestro compromiso es ofrecer servicios de calidad a la población de estudiantes con pérdida visual y auditiva combinada y ayudar a las familias y a los proveedores de servicios a brindar un servicio apropiado fundamentado en las necesidades de éstos.

**GRACIAS POR SU COOPERACIÓN**