

Formulario EI-12

Documentación de la afección diagnosticada

Estimado profesional médico: Según los requerimientos estatales y federales para la elegibilidad de conformidad con la Parte C de la Ley Federal de Educación para Individuos con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), la mayoría de los diagnósticos médicos no derivan en elegibilidad automática para la Intervención temprana (EI). No obstante, un profesional autorizado para diagnosticar y tratar trastornos físicos o mentales puede determinar que es muy probable que una afección diagnosticada del niño/a derive en un retraso en el desarrollo. La elegibilidad para la Intervención temprana puede establecerse para el niño/a por un año. Luego, el equipo de Intervención temprana llevará a cabo una evaluación completa para determinar las necesidades del niño en el programa. **Para poder determinar la elegibilidad para la Intervención temprana en este formulario, debe completar todas las secciones.**

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento del niño/a

Nombre del padre/la madre

Indique en el casillero el diagnóstico específico del niño/a. **No** incluya "retraso generalizado", "retraso en el desarrollo" o inquietudes sobre el desarrollo como "preocupaciones sobre el desarrollo del habla".

Seleccione uno de los casilleros a continuación

Es mi impresión que la afección del niño/a darán como resultado un retraso en el desarrollo en, al menos, una de las siguientes áreas del desarrollo (marque todas las opciones que correspondan)

Comunicación

Social/Emocional

Comentarios (opcional)

Motricidad

Habilidades adaptativas/cuidado personal/independencia

Visión

Cognitivo/capacidad para resolver problemas

Audición

Otro (especifique) _____

Yo **no** tengo razón alguna para creer que la afección del niño/a podría resultar en un retraso del desarrollo. No obstante, entiendo que el padre/la madre y el niño/a tienen el derecho de que se realice una evaluación del desarrollo para determinar la elegibilidad.

Profesional autorizado para realizar el diagnóstico y tratar condiciones físicas o mentales

Nombre

Tipo de licencia

Teléfono

Firma

Correo electrónico

Fecha

Devuelva este formulario al coordinador/a de servicios de Intervención temprana del niño/a

Nombre del coordinador/a de servicios

Número de fax

Correo electrónico

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios

Fecha en la que se recibió el formulario _____ Número del EIDS _____