# Informe Resumido del Equipo de Evaluación y Aviso Escrito Previo de Determinación de Elegibilidad: Otra Incapacidad Médica

Estudiante_____ Fecha de la Reunión_____

Escuela_____Grado_____ Fecha de Nacimiento_____

**Definición:** Teniendo fuerza limitada, vitalidad, o atención, incluyendo una atención elevada a los estímulos medioambientales que resulta en una atención limitada con respecto al ambiente educativo, lo cual es debido a los problemas de salud crónicos o agudos como el asma, desorden deficitario de la atención o desorden deficitario hiperactivo de la atención, diabetes, epilepsia, enfermedades del corazón, hemofilia, envenenamiento por plomo, leucemia, nefritis, fiebre reumática, anemia falciforme, el síndrome de Tourette, y el VIH / SIDA, o una lesión cerebral adquirida, que puede ser el resultado de problemas de salud como un caso de hipoxia, encefalitis, la meningitis, tumor cerebral, o accidente cerebrovascular, y que afecta adversamente el rendimiento educativo de un estudiante.

**Todos los requisitos de la Regla II.J.9 deben documentarse abajo o debe adjuntarse.**

□ **Se adjunta la historia médica del estudiante hecha por un profesional de salud calificado.**

**Información de la Evaluación para la Clasificación:** Indique que evaluación (formal e informal), fecha, y resultados para cada área evaluada.

1. Evaluaciones en todas las áreas en las que se sospechan deficiencias determinadas por el equipo (marque N/A si el equipo determina que no es necesario):
   - Educacional _____
   - Adaptivo _____
   - Comportamiento_____
   - Físico _____
   - Otros_____
2. La información de los Padres _____

- ¿Es la falta de instrucción en la lectura o las matemáticas el factor primario para determinar la elegibilidad? □ Si □ No
- ¿Es la habilidad limitada con el idioma Inglés el factor primario para determinar la elegibilidad? □ Si □ No

**Aviso Escrito Previo para la Determinación de la Elegibilidad**

Los Resguardos Procedurales que usted recibió con este aviso le permiten protección. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a este aviso o los Resguardos Procedurales, contacte al Director o al Maestro de educación especial en la Escuela del Estudiante.

Basado en los datos de la evaluación, el equipo de elegibilidad propone la acción siguiente:

□ Este Estudiante tiene alguna otra incapacidad médica, como es definido en el Acta de Educación para Individuos con Incapacidades (IDEA), que afecta adversamente el rendimiento educativo y requiere educación especial y los servicios relacionados.

□ Este Estudiante **no** tiene alguna otra incapacidad médica, como es definido en el Acta de Educación para Individuos con Incapacidades (IDEA), que afecta adversamente el rendimiento educativo y no requiere educación especial ni los servicios relacionados.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Firma del maestro de educación especial | Fecha | Firma del Padre/Estudiante adulto (Firma indica haber recibido una copia) | Fecha |
| Firma/Título | Fecha | Firma/Título | Fecha |

*Nota: Si falta la firma del padre/estudiante adulto, entonces el padre/estudiante adulto:
□ No asistió (documente que esfuerzos se hicieron para involucrar al padre/estudiante adulto) **O**
□ Participó vía teléfono, video conferencia o de otra manera **Y** □ Una copia de este documento fue enviada al padre el (fecha)_____