

Escuela para Ciegos de Oklahoma
Solicitud de Servicios de Extención

Información del Estudiante		
Nombre del Niño:		
(Ultimo)	(Primero)	(Inicial del Segundo Nombre)
Fecha de Nacimiento:	Edad :	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Ciudad de Nacimiento:		Estado en el Que Nació:
Dirección Postal Actual:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Raza/Etnicidad:	Nivel de grado actual:	
¿Estas solicitando La colocacion Del Estudiante en la Escuela para Ciegos de Oklahoma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Donde se completara la evaluación: OSB <input type="checkbox"/> Casa del Estudiante <input type="checkbox"/> En la Escuela Principal del Estudiante <input type="checkbox"/>		
Razon para la Referencia:		
Información del Tutor		
Nombre del Padre /Tutor:		
(Ultimo)	(Primero)	
Direccion Postal: (<input type="checkbox"/> Igual que el Niño)		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Telefono:	2 ^{ndo} Telefono:	Correo Electrónico:

Escuela para Ciegos de Oklahoma
Solicitud de Servicios de Extención

Nombre del la Escuela que el Estudiante Asiste:		
Dirección Física del a Escuela:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección Postal del la Escuela:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Telefono:	Fax:	Sitio Web:
Persona de contacto de la escuela para los servicios:		
Telefono:	Fax:	
Telefono Celular:		
Dirección Postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo Electrónico:		
Director de Educación Especial/ Contacto del Sooner Star:		
Dirección Postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Telefono:	Fax:	Correo Electrónico :
Contactar Al Maestro de Visión:		
Dirección Postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Telefono:	Fax:	Correo Electrónico:

Escuela para Ciegos de Oklahoma
Solicitud de Servicios de Extención

Special Education Information
Discapacidad Primaria Relacionada con la Discapacidad Visual (Incluya el diagnóstico Médico):
Diagnóstico Médico adicional:
¿El Estudiante Camina en Forma Independiente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si no, ¿Como Viajara el Estudiante? (Caminara, Silla de Ruedas, Andadera, etc)
¿Usara el Estudiante Baston Blanco? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿El Estudiante usa Comunicación verbal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Por favor Enliste el Modo de Comunicación:

Escuela para Ciegos de Oklahoma
Solicitud de Servicios de Extención

Salud e Historial Médico		
¿Hay preocupaciones Médicas/ de salud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Por favor hacer una lista:		
Esta entrenado usando el baño Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alimentación por sonda gástrica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trantorno Convulsivo SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Discapacidad Auditiva Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Alergias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enumere todas las Alergias :		
Medicamentos Actuales y tiempo que se le da:		
Tiene el Estudiante problemas de comportamiento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Sí marco si, por favor hacer una lista :		
Cualquier Información médica adicional:		

Escuela para Ciegos de Oklahoma
Solicitud de Servicios de Extención

Servicios Disponibles		
Por favor Elija los servicios que se solicita para el estudiante que estan disponibles en la escuela o en el hogar del estudiante		
Evaluación en el entorno funcional Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Orientación y Movilidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Consulta visual para su IEP SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<i>Disponible en la Escuela para Ciegos de Oklahoma</i>		
Evaluación Académica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tecnología de asistencia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Evaluación del desarrollo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Habilidades para una vida Independiente (ILS) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Evaluación Intelectual Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Evaluación de la visual Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Terapia ocupacional Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Terapia física Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Patología del Habla y lenguaje Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Para ser completado por la persona que a llenado la solicitud		
Nombre de la persona que a llenado la solicitud:		
Correo Electrónico:		
Telefono:		
Relación con el estudiante: Padres <input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (Por favor Especificar) _____		