



DEPARTAMENTO DE
EDUCACIÓN DE
CALIFORNIA

TONY THURMOND
SUPERINTENDENTE
ESTATAL
DE EDUCACIÓN PÚBLICA



GINA OUELLETTE, SUPERINTENDENTE

California School for the Blind • 500 Walnut Avenue, Fremont, CA 94536
(510) 794-3800 • Fax (510) 794-3818

Paquete de Datos para la Remisión a la Clínica de Visión Parcial de la CSB

La Escuela para Ciegos de California, en colaboración con la Facultad de Optometría de la Universidad de California en Berkeley, ofrece exámenes de visión parcial y dispositivos ópticos a los estudiantes con visión parcial de las escuelas de California que hayan sido identificados como elegibles para recibir servicios para estudiantes con impedimentos visuales. Los exámenes y los dispositivos se proporcionan de forma gratuita a través del Departamento de Educación de California.

Atendemos a estudiantes que puedan responder con claridad a las instrucciones verbales y a las preguntas planteadas en un examen típico de visión parcial. Los niños muy pequeños y aquellos con dificultades de comunicación persistentes y constantes pueden ser atendidos mejor en la Clínica de Evaluación Visual Especial de la Universidad de California, Berkeley, (510) 642-2020.

Para realizar una remisión, envíe lo siguiente:

Remisión a la Clínica de Visión Parcial (pág. 2).

Formulario de solicitud de información sobre el paciente (pág. 3).

Formulario de autorización/formulario de autorización para ser fotografiado (pág. 5).

Informe de visión realizado por profesionales de la salud visual (optometrista u oftalmólogo).

Portada del PEI que demuestre que el estudiante cumple con los requisitos para recibir servicios visuales.

La Clínica de Visión Parcial de la CSB se organiza en Fremont dos o tres miércoles al mes. Se pueden coordinar clínicas ambulantes para personas que se encuentren en áreas situadas a más de tres horas en vehículo de nuestro plantel escolar de la CSB. Las citas se programarán tras la devolución de toda la información requerida y en el orden en que se reciban.

Requerimos que el Profesor para las Personas con Impedimentos Visuales (TVI, por sus siglas en inglés) o el Especialista en Orientación y Movilidad del estudiante asista a la cita, y contamos con este profesional para que anime a los padres de familia y a otras personas que tengan relación con el estudiante a participar también. Disponemos de servicios de interpretación para las familias y los estudiantes que lo necesiten, y podemos organizar sesiones de Zoom para quienes no puedan asistir de forma presencial.

Envíe por correo el paquete de datos para la remisión debidamente llenado a la siguiente dirección:
Clínica de Visión Parcial - Escuela para Ciegos de California 500 Walnut Avenue
Fremont, CA 94536

Por correo electrónico: csb.lowvision@csb-cde.ca.gov

Por fax: (510) 794-3993 Atención: Clínica de Visión Parcial

**Escuela para Ciegos de California Facultad de Optometría de la
Universidad de California, Berkeley Clínica De Visión Parcial**

| | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------|
| Fecha de la remisión: | | | |
| Estudiante: | | Fecha de nacimiento: | |
| Pronombres de preferencia: | Ella Él Ellos Otros: | | |
| Padre(s) o Cuidador(es): | | Número de Teléfono: | |
| Correo electrónico: | | | |
| Lengua materna en casa: | | ¿Se necesita intérprete?: | Sí No |
| Escuela del estudiante: | | | |
| Distrito del estudiante: | | | |
| Nombre del TVI/OyM: | | Empleador: | |
| Correo electrónico: | | Teléfono: | |

| | |
|---|-------------|
| Causa del impedimento visual o ceguera: | |
| Enumere y describa cualquier otra discapacidad o sospecha de discapacidades: | |
| Elegibilidad para el PEI: | Principal: |
| | Secundaria: |
| Fecha de último examen de la vista: | |
| ¿Está actualmente en tratamiento con un oftalmólogo?: | Sí No |
| Médico oftalmólogo: | |
| ¿Ha experimentado cambios en su visión en los últimos seis meses?: | Sí No |

Escuela Para Ciegos De California Facultad De Optometría De La Universidad De California, Berkeley Clínica De Visión Parcial

¿Cuál es su medio de aprendizaje principal (impreso, digital, braille, auditivo)?

¿Cuál es su medio de aprendizaje secundario (impreso, digital, braille, auditivo)?

Describa los dispositivos que utiliza:

| | |
|--|--|
| Anteojos: | |
| Telescopio monocular: | |
| Computadora: | |
| Software de accesibilidad: | |
| Dispositivos para la visión cercana: | |
| Dispositivos para la visión a distancia: | |
| Otros (teléfono, tableta): | |

Marque las tareas que le resultan difíciles a causa de su impedimento visual.

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| Lectura de libros de bolsillo | Lectura de señales | Desplazarse por áreas con poca iluminación |
| Ver cambios en el terreno | Hacer hojas de ejercicios de matemáticas | Manejo del resplandor |
| Cocinar | Leer un pizarrón | Jugar con videojuegos |
| Ir de compras | Lectura de material presentado en un pizarrón | Ver televisión |
| Reconocer rostros | Usar mapas/gráficos | Otros: |

¿Con qué tareas visuales le gustaría recibir más ayuda?

¿Qué medicamentos toma con regularidad?

¿Hay algo más que le gustaría que el equipo de la Clínica de Visión Parcial supiera sobre este estudiante?

**Formulario De Autorización
Escuela para Ciegos de California Facultad de Optometría de la
Universidad de California, Berkeley Clínica De Visión Parcial**

Doy mi permiso para que a _____ (nombre del estudiante)
le hagan un examen de visión parcial administrado por el personal de la Universidad de California, Berkeley, Facultad de Optometría. Aunque es poco probable, este examen puede incluir la dilatación de los ojos de mi estudiante, si es necesario, para comprobar la salud ocular. Los resultados del examen serán comunicados a los padres/tutores, a los representantes de la escuela local del estudiante y al personal de la Escuela para Ciegos de California. Los profesionales de la visión y la educación tendrán la opción de observar el examen como parte de sus programas de formación. Los datos recogidos quizás sean utilizados y publicados en un estudio de investigación. Se mantendrá la confidencialidad del estudiante.

Nombre del padre de familia o tutor legal (o nombre del estudiante si es mayor de 18 años)
(por favor escriba en letra de molde):

Firma del padre de familia o tutor legal (o firma del estudiante si es mayor de 18 años):

Fecha: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

=====

Autorización Para Ser Fotografiado*

Doy mi permiso para que _____ sea fotografiado,
grabado y/o grabado en vídeo con fines de evaluación y para su uso en la formación de otro personal profesional, padres de familia y estudiantes.

Nombre del padre de familia o tutor legal (o nombre del estudiante si es mayor de 18 años)
(por favor escriba en letra de molde):

Firma del padre de familia o tutor legal (o firma del estudiante si es mayor de 18 años):

Fecha: _____

*La autorización para ser fotografiado no es un requisito para ser derivado a un examen de visión parcial.