



Discapacidad Intelectual

Formulario de Evaluación Multidisciplinaria—CONFIDENCIAL

MCPS Form 336-66

Julio 2017

Página 1 de 2

Office of Special Education
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS • Rockville, Maryland 20850

Adjunte este suplemento a las notas de la reunión del equipo del Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Program—IEP) cuando se sospeche una Discapacidad Intelectual.

Nombre del/de la Estudiante _____ No. de Estudiante _____ Fecha ____/____/____

A. Discapacidad Educativa Previamente Identificada (marque cuantas hayan sido confirmadas).

- | | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad Emocional | <input type="checkbox"/> Otro Impedimento de Salud |
| <input type="checkbox"/> Ceguera/Impedimento Visual | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual | <input type="checkbox"/> Discapacidad Específica de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Sordera Total/Sordera Parcial | <input type="checkbox"/> Discapacidades Múltiples | <input type="checkbox"/> Impedimento de Habla/Lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Retraso de Desarrollo | <input type="checkbox"/> Impedimento Ortopédico | <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática |

B. Datos de Evaluación

_____/_____/_____
(Fecha) **Niveles de Habilidad** Intelectual (Nombre de la Prueba y Puntajes) _____

_____/_____/_____
(Fecha) **Niveles de Habilidad** Adaptativa (Nombre de la Prueba y Puntajes) _____

_____/_____/_____
(Fecha) **Niveles** de Rendimiento (Nombre de la Prueba y Puntajes) _____

Datos adicionales utilizados para comparar el **ritmo de aprendizaje** con la **edad cronológica**: _____

C. Características de Discapacidad Intelectual

El psicólogo/a escolar deber certificar que el/la estudiante demuestra lo siguiente: (Todos los criterios **DEBEN** cumplirse para poder confirmar una **Discapacidad Intelectual**)

- ¿Es la edad en que se manifiesta por primera vez antes de los 18 años? **Sí** **No**
- ¿Exhibe el/la estudiante un funcionamiento intelectual que está significativamente por debajo del promedio, demostrado por medidas integrales de las competencias de razonamiento verbal y no verbal, con dos o más desviaciones estándar por debajo del promedio \pm de medición de error estándar? Se pueden utilizar otras medidas formales/informales para clarificar fortalezas/debilidades intelectuales. Además, el psicólogo/a deberá apoyar/refutar la validez de los datos de la prueba cuando sea necesario. **Sí** **No**

NOTA: Si existe una discrepancia estadísticamente significativa entre los puntajes verbales y no verbales (nivel .05), de acuerdo con el manual del instrumento de prueba utilizado, un puntaje compuesto **no puede** ser considerado como una medida válida del potencial intelectual de un/a estudiante o como justificación para un diagnóstico de Discapacidad Intelectual. En caso de dicha discrepancia, se deberá considerar el **puntaje más alto** como la mejor medida del potencial intelectual del/de la estudiante.

- ¿Están los puntajes del instrumento/s de evaluación dos o más desviaciones estándar por debajo de la marca media en múltiples medidas de razonamiento verbal y no verbal, incluyendo el uso de adaptaciones cuando es necesario debido a una discapacidad física o un impedimento severo de habla, audición o visión? **Sí** **No**
- ¿Exhibe el/la estudiante un funcionamiento adaptativo significativamente por debajo del promedio en áreas no excluidas por una discapacidad de visión, auditiva, médica o física, o por factores culturales o religiosos? **Dos o más informantes** que conocen bien al/a la estudiante informan:
(a) Limitaciones significativas en el nivel de funcionamiento adaptativo (es decir, destrezas prácticas, sociales y/o conceptuales), y (b) Limitaciones aparentes tanto en entornos académicos **como** no académicos. **Sí** **No**

Marque cada área de funcionamiento adaptativo calificada como significativamente por debajo del promedio por uno o más calificadores.

- | | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Destrezas Prácticas | <input type="checkbox"/> Destrezas Sociales | <input type="checkbox"/> Destrezas Conceptuales |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Por favor señale cualquier circunstancia especial que podría comprometer la validez de las medidas correctas de destrezas adaptativas (por ejemplo, limitaciones físicas).

Nombre del/de la Estudiante _____ Estudiante No. _____ Fecha ____/____/____

D. Condiciones médicas y/o psiquiátricas previamente diagnosticadas con apoyo/refutación de diagnóstico de Discapacidad Intelectual.

Por favor enumere, incluyendo fecha de diagnóstico y examinador/a que efectuó la evaluación.

Fecha / Examinador/a	Diagnóstico
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

E. Confirmación

- ¿Declara el psicólogo/a escolar que el/la estudiante exhibe un funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio, junto con déficits en comportamiento adaptativo, y que estos déficits se manifestaron durante el período de desarrollo? **Sí** **No**
- ¿Declara el psicólogo/a escolar que estos déficits afectan de manera adversa el rendimiento educativo del/de la estudiante? **Sí** **No**

Firma del Psicólogo/a Escolar de MCPS

Si la respuesta a cualquiera de estas dos preguntas es "No", el proceso de educación se suspende aquí, si no existe sospecha de ninguna otra discapacidad educativa. Si no se sospecha ninguna otra discapacidad educativa, el/la estudiante es remitido/a otra vez al equipo de IEP para más intervención y/o para evaluaciones adicionales.

F. Conclusiones del Equipo de IEP

- ¿Se justifican los Servicios de Educación Especial? **Sí** **No**
- Áreas en las cuales se requieren metas.

G. Firmas de los Integrantes del Equipo de IEP: La decisión del equipo refleja mi opinión.

Nombre	Cargo	Sí	No
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: Los integrantes del equipo que estén en desacuerdo **deben** adjuntar una declaración separada presentando sus conclusiones. Cuando exista un desacuerdo de opinión, envíe una copia de la opinión de desacuerdo, junto con una copia de este formulario completado, a la Unidad de Resolución y Cumplimiento (Resolution and Compliance Unit), CESC, Room 208.