



Hamilton-Boone-Madison Special Services Cooperative

1775 Field Dr., Noblesville, IN 46060

Phone: 317-773-2134

Fax: 317-773-2136

Estimados Padres:

Su niño ha sido referido para una evaluación de terapia física de habilidades motoras gruesas. Después de recibir el referido firmado por el médico (para terapia física solamente) y del padre, el terapeuta tendrá cincuenta (50) días escolares para completar la evaluación y una conferencia. Durante la evaluación, las habilidades de su niño dentro del ambiente escolar serán evaluadas. Después de la evaluación, una conferencia será hecha para discutir los resultados de la evaluación con usted.

La ley federal exige que terapia física en las escuelas sea educativamente relevante. Con esto en mente, la prestación de servicios de terapia en el ambiente educativo es claramente diferente del tratamiento en la clínica, médicamente tratamiento necesitado. Dentro del ambiente educativo, TF puede ser provista a esos estudiantes cuya incapacidad afecta su función educativa. Aunque condiciones médicas y / o una incapacidad puede estar presente, a menos que afecte la habilidad del estudiante de beneficiarse del programa educativo individualizado, los servicios de terapia tal vez no sean requeridos.

La determinación del nivel de servicios es un esfuerzo unido entre padres, maestros, y terapeutas. La necesidad para la terapia debe ser conducida por el plan educativo individual y la relevancia educativa de servicios de terapia. Las necesidades de terapia deben ser identificadas dentro del IEP.

Si la terapia es indicada, puede ser provista a través de terapia directa, terapia indirecta o consulta. Puede ser provista en un ambiente inclusivo o removible, e individualmente o en pequeños grupos. Los servicios de terapia pueden incluir servicios internos y capacitación del personal. El nivel de servicios debe reflejar el nivel de funcionamiento del estudiante dentro de su ambiente académico.

Los maestros y los terapeutas esperan con anticipación reunirse con usted para discutir los resultados de la evaluación.



Hamilton-Boone-Madison Special Services Cooperative

1775 Field Dr, Noblesville, IN 46060

Phone: 317-773-2134

Fax: 317-773-2136

Estimado Padre:

Adjunto, usted encontrará una forma de **REFERIDO PADRE/MÉDICO** para el año escolar _____ .

Por favor llene la parte de abajo y firme en **FIRMA PADRE/ENCARGADO**. Lleve esta forma a su médico para que la parte de abajo sea completada. Devuelva la **FORMA COMPLETADA** a:

HAMILTON-BOONE-MADISON
Special Services Cooperative
1775 Field Dr.
Noblesville, IN 46060

Es imperativo que tengamos esta forma completada en nuestros archivos para el 30 de septiembre, _____ para que su niño pueda continuar recibiendo los servicios de terapia física en la escuela. Por reglamentos, el referido del médico debe ser completado anualmente para todos los estudiantes recibiendo servicios de terapia física incluyendo esos en consulta. Si usted tiene más preguntas, por favor siéntase en la libertad de llamarme al 773-2134.

Gracias.

Sinceramente,

Dr. Steven A. Wornhoff, Ph. D.
Director of Special Services



Hamilton-Boone-Madison Special Services Cooperative

1775 Field Dr, Noblesville, IN 46060

Phone: 317-773-2134

Fax: 317-773-2136

REFERIDO MEDICO PARA TERAPIA FÍSICA

Nombre Estudiante:	Fecha Nac:	
Padre/Encargado:		
Dirección:		
Email:		
Número Hogar:	Número Trabajo:	Número de la célula:
Corporación Residente:	Escuela:	
Razón por Referido:		

Con el objeto de proveer la instrucción más apropiada y la asistencia en el programa educativo de mi niño, doy mi permiso para conducir una evaluación de Terapia Física y proveer intervención como determinada por el comité del caso de conferencia.

Firma del Padre/Encargado: _____ **Fecha:** _____

Doy mi consentimiento para la liberación de información hacia y desde los siguientes médicos, hospitales, clínicas, terapeutas:

Nombre de médicos, hospitales, clínicas, terapeutas, u otro proveedor de servicio

Firma del Padre/Encargado: _____ **Fecha:** _____

AUTORIZACIÓN MÉDICO

Diagnóstico: _____

Medicamentos: _____

Contraindicaciones/Precauciones especiales: _____

Se da la autorización para conducir una evaluación de Terapia Física y proveer intervención como determinada por el comité de caso de conferencia para permitirle a un estudiante con una incapacidad de sacar provecho de su programa educativo. **NPI#** _____

Firma del médico: _____ **Fecha:** _____

impreso del médico, dirección, y número de teléfono **Nombre**

AUTORIZACIÓN ES VALIDA POR UN AÑO DESDE FECHA DE LA FIRMA DEL MÉDICO

Por favor devuelva la forma completada a la Cooperativa a la dirección anotada arriba.