

# Solicitud de cribado para el Exención de discapacidades del desarrollo



Nombre de la persona que se proyectará: (Por favor, imprima) \_\_\_\_\_

Teléfono residencial (con código de área): \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Marque uno: \_\_\_ Male \_\_\_ Female Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección de la calle: \_\_\_\_\_

Zip de la ciudad-estado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Incluya con este formulario de solicitud cualquier documentación que respalde el diagnóstico actual de discapacidad del desarrollo. Algunos ejemplos de documentación de respaldo incluyen:

\_\_\_\_\_ Documentación médica de discapacidad

\_\_\_\_\_ Declaración del médico

\_\_\_\_\_ Evaluación psicológica más reciente, (+ puntajes de CI)

\_\_\_\_\_ Todos los informes psicológicos disponibles

\_\_\_\_\_ Informes más recientes del equipo de estudio infantil o de la escuela

\_\_\_\_\_ Evaluaciones de Aprendizaje/Resúmenes Sociales

\_\_\_\_\_ Evaluación psiquiátrica

\_\_\_\_\_ Evaluación neurológica

\_\_\_\_\_ Registros hospitalarios/Resumen de alta

\_\_\_\_\_ Fisioterapia/Terapia Ocupacional/Terapia del Habla Eval

revisado: 07/01/2021 1



¿La persona para la que está solicitando una prueba de detección tiene un diagnóstico de discapacidad intelectual? Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ Don no lo sé: \_\_\_\_\_

Motivo de la solicitud de servicios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si se requiere un intérprete, enumere el idioma preferido \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (si corresponde): \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Por favor, rellene este formulario completamente y, junto con la documentación adjunta, entregue a:

463 E. Washington Street  
Harrisonburg, VA 22802  
Atención: DD Services

O

Fax a: 540-432-0572