

FORMULARIO DE REGISTRO Y SELECCIÓN PARA ESTUDIANTE CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	
CÉDULA:	
PROVINCIA:	REGIONAL:
NOMBRE DEL ACUDIENTE:	
Nº. DE CÉDULA:	TELÉFONO:
MARCAR CON UNA (X) EN EL NÚMERO SELECCIONANDO EL TIPO DE DISCAPACIDAD	

Nº	DISCAPACIDAD	CONDICIÓN
1	DISCAPACIDAD FÍSICA O MOTORA	Parálisis Cerebral Amputaciones Distrofia Muscular Lesión Modular Artrogriposis Acondroplasia Atrofia Muscular Espinal Espina Bífida o Mielomeningocele Osteogénesis Imperfecta Malformaciones Congénitas Otros: _____
2	DISCAPACIDAD INTELECTUAL	Autismo Síndrome de Down Discapacidad Intelectual (leve, moderado, profundo). Trastorno del Neurodesarrollo Otros: _____
3	DISCAPACIDAD SENSORIAL A. VISUAL B. AUDITIVA	Ceguera Baja Visión Retinopatía del Prematuro Catarata Glaucoma Sordera Hipoacusia (moderada a Profunda) Otros: _____
4.	DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL O MENTAL	Epilepsia Esquizofrenia Trastorno Bipolar Trastorno de Conducta Trastorno del Aprendizaje TDAH Otros: _____
5.	DISCAPACIDAD DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN	Disartria Apraxia del Habla Trastorno Específico del Lenguaje Otros: _____
6.	DISCAPACIDAD MÚLTIPLE	2 o más discapacidades que generan limitaciones
7.	DISCAPACIDAD VISCERAL	Cardiopatías Congénitas Hemofilia Fibrosis Quística Diabetes Cáncer Infantil Anemia Falciforme Insuficiencia Renal Crónica Secuelas de Quemaduras Severas Otros: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O ESTUDIANTE:	
FIRMA:	FECHA: