

El Acceso al Aprendizaje ~ Clínica de Baja Visión

**INFORMACIÓN DEL PRE-EXAMEN DE LA CLÍNICA DE BAJA VISIÓN**

**ESTUDIANTE CON BAJA VISIÓN**

(Si el Estudiante es de edad y con habilidad de hablar por sí mismos)

Nombre del Estudiante: Fecha de Hoy:

1. **¿CUÁLES ACTIIVIDADES TIENES DIFICULTAD COMPLETANDO EN CERCA DE?**
2. **¿CON CUALES ACTIVIDADES TIENES DIFICULTAD CON UNA DISTANCIA?**
3. **¿CON CUALES ACTIVIDADES QUIERES ASISTENCIA CON RESPECTO A TÚ VISIÓN?**
4. **¿TIENE ALGUNAS PREGUNTAS CON RESPECTO A TÚ DESCAPACIDAD DE VISIÓN?**
5. **¿QUÉ SON TUS OBJETIVOS PARA ESTA CLÍNICA DE BAJA VISIÓN?**

**Para someter esta forma electrónicamente:** guarde este folleto, llene los espacios disponibles, guarde la copia final a su computadora; y puede enviar a marjorierhodes@nmsbvi.k12.nm.us

**O someter esta forma vía electrónicamente o fax:**

NMSBVI-ECP, ATTN: Low Vision Clinic, 801 Stephen Moody Street SE, Albuquerque, NM 87123

Fax: 505-271-3073. Teléfono: 575-415-6044