



DOC
TYPE 4226E

DIVISION OF SPECIAL EDUCATION

PRINT STUDENT'S NAME	(LAST)	(FIRST)	(M.I.)	DATE (MM/DD/YY)	
				STUDENT ID. NO.	

OCCUPATIONAL THERAPY ORTHOTICS FABRICATION

TO THE PARENT(S) OR GUARDIAN(S) AND PHYSICIAN OF _____

Your child has been evaluated by a Miami-Dade County Public Schools Occupational Therapist and it has been determined that your child would benefit from a splint or splints to:

- Maintain present range of motion
- Increase range of motion
- Prevent deformity
- Improve function
- Support joint

The splint(s) will be fabricated from thermal-plastic material and Velcro for the _____.

It will be removable for cleaning, therapy, and activities. The amount of time your child wears the splint will be determined once the splint is fabricated and the tolerance and benefit levels are evaluated.

Registered Occupational Therapist

Date

I give permission for the fabrication of an orthotic device and acknowledge that I have received instruction on how to use the device on my child.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Doctor's Signature _____ Date _____

Place original (with signatures) in cumulative record. Copy to parent/guardian.



TIPO DE
DOCUMENTO 4226S

DIVISIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL

NOMBRE DEL ESTUDIANTE <i>(EN LETRAS DE MOLDE)</i>	(APELLIDO)	(NOMBRE)	(INICIAL)	FECHA (Mes/Día/Año)	
				NÚMERO DE ID. DEL ESTUDIANTE	

FABRICACIÓN DE DISPOSITIVO ORTÓTICO PARA LA TERAPIA OCUPACIONAL

A EL(LOS) PADRES(S), O TUTOR(ES) Y EL MÉDICO DE _____

Su niño(a) ha sido evaluado(a) por un Terapeuta Ocupacional de las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade y ha determinado que su niño(a) se beneficiaría si usara una tablilla o tablillas para:

- mantener el nivel de movimiento actual
- aumentar el grado de movimiento
- impedir deformidades
- mejorar su función
- apoyar la coyuntura

La(s) tablilla(s) serán fabricadas de un material termoplástico y Velcro para _____

La tablilla será removible para su limpieza, terapia, y actividades. La cantidad de tiempo que su hijo usará la tablilla será determinada una vez que la tablilla sea fabricada y que los niveles de tolerancia y beneficio sean evaluados.

_____ Terapeuta Ocupacional Certificado

_____ Fecha

Yo doy permiso para la fabricación de un dispositivo ortótico y reconozco que he recibido instrucciones de cómo usar el aparato para mi niño(a).

Firma de Padre o Madre/Tutor _____ Fecha _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____

Favor coloque el original (firmado por la (el) madre/padre/tutor) en el registro cumulativo. Copia para la (el) madre/padre/tutor y terapueta físico/ocupacional.



DIVIZYON EDIKASYON ESPESYAL

				Dat (mw-a-Jou-ané)	
Ekri non élèv la an lèt majiskil <hr/>	(siyati)	Non	Mitan non	Ninewo identifikasiyon élèv la	<hr/>

TERAPI OKIPASYONÈL AK FABRIKASYON OTOTIK

Pou paran (yo) osnon moun responsab ak doktè _____

Terapi okipasyonèl Lekòl Piblik Miami-Dade County te teste piti ou a, e yo dakò pou fè l jwenn yon sipò jwenti (yon atèl) pou l ka:

- _____ kontinye fè menm mouvman yo
- _____ ogmante nivo mouvman yo
- _____ anpeche pati sa a defòme
- _____ amelyore fonksyon
- _____ sipò jwenti

Y ap fabrike pyès sipò sa ak "thermal-plastic" epi Velkro pou _____.

Yo ka retire l pou netwaye l, pou fè ekzèsis ak lòt aktivite. W ap konnen kantite tan piti ou ka fè ak aparèy sa a, lè

yo fin fè pyès la, epi tou yo eseye l sou ptit ou pou yo detèmine nan ki degré li kab tofere l ak nan ki degré li kab benefisyé de li.

terapis ki gen lisans

Dat _____

Mwen bay otorizasyon pou yo fabrike yon sipò ototik pou piti mwen, e yo te eksplike m kouman y ap fè l e kouman m ap itilze l sou piti mwen an.

Siyati paran/ responsab _____ Dat _____

Siyati doktè a _____ Dat _____

Mete orijinal la (ki gen siyati paran an oubyen moun ki responsab timoun nan) nan dosye élèv la.
Voye yon kopi bay paran an oubyen moun ki responsab timoun nan.