

REFERIDO PARA EVALUACION

Datos de Identificación

Nombre del Estudiante: _____

Padre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección (si es diferente del estudiante): _____

Dirección: _____

Teléfono Residencial (si es diferente del estudiante): _____

Teléfono: _____

Teléfono del trabajo: _____

Madre: _____

Guardian Legal (si es diferente del padre): _____

Dirección (si es diferente del estudiante): _____

Dirección (si es diferente del estudiante): _____

Teléfono (si es diferente del estudiante): _____

Teléfono Residencial (si es diferente del estudiante): _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Lenguaje Nativo de los Padres (si no es Inglés): _____

Lenguaje Nativo del Estudiante (si no es Inglés): _____

Número ID del estudiante (como apropiado): _____

Edificio de Asistencia Actual: _____

Grado: _____

Maestro(s) Actual: _____

Razón para Referido: _____

Historia Educativa

Indicar cualquier programa suplementario/servicios o intervenciones pasadas o presentes (e.g., Título 1, servicios de temprana intervención, pre-escolar, Recuperación de Lectura, intervenciones individualizadas).

Proveer datos que demuestren que el estudiante fué provisto de instrucciones apropiadas en colocaciones educativas regulares, impartidas por profesionales cualificados.

Proveer datos basados en documentación de evaluaciones repetidas de realización a intervalos razonables, reflejando evaluaciones formales del progreso del estudiante durante instrucción que fué provista a los padres.

Número de distritos escolares asistidos: _____

Años en el edificio escolar presente: _____

Lista de escuelas/programas de temprana niñez y fechas: _____

Asistencia: Regular Irregular (explique) . Si . No

Si es No, marque todo lo que aplique Retenido (especifique grado) _____
 Matriculado tarde en la escuela
 Mantenido fuera de la escuela por los padres
 Desconocido

Información de Antecedentes

A. Datos de Salud

Sospecha usted problemas con Visión Audición
Tiene el estudiante Usa Lentes Usa audifonos
Toma el estudiante medicamentos Si No

Si es así, especifique tipo y propósito: _____

Tiene el estudiante cualquier problema de salud/desarrollo/fisico del que usted sepa? Si . No

Si es así, favor de explicar: _____

B. Factores Ambientales

Describir cualquier factor del hogar que puedan afectar el desempeño del estudiante en la escuela: _____

Para Niños Pre-escolares Solamente (favor de marcar el área(s) de preocupación):

Comiendo Vistiéndose Aseo Atención
 Comunicación Receptiva Comunicación Expresiva Audición
 Cognitiva Buen Motor Jugar Motor Total
 Visión Comportamiento Social/Emocional

Otro

Describir cualquier otra información pertinente no descrita anteriormente: _____

Firma Persona Iniciando el Referido

Firma Persona Recibiendo el Referido

Posición o Relación con el Estudiante

Titulo

Fecha

Fecha Recibido

Fecha Distrito Sospechoso de la Incapacidad