



Special Education Referral: Preschool - Spanish

Estudiante:	N.º UID del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Edad:

REMISIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL – Preescolar

Fecha de la reunión:		Fecha en que la escuela recibió la remisión por escrito:	
Fuente de remisión:		Puesto de fuente de remisión:	
¿El alumno se está trasladando de otro estado con un IFSP/IEP existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Padre, madre, tutor legal o estudiante:

Nombre:		Correo electrónico:	
Dirección:		Ciudad/Código postal:	
Número de teléfono de casa:		Teléfono alternativo:	

I. Discusión de fortalezas del alumno (Se deben abordar todas las áreas)

Describa las fortalezas del alumno en las siguientes áreas.

Capacidades cognitivas/de pensamiento: (atención, memoria, resolución de problemas, complejidad de juego, pre-académicas)

--

Capacidades socioemocionales: (Expresión y control de sentimientos, control de conducta, respuesta a reglas y límites, interacciones sociales con otras personas incluyendo otros niños)

--

Capacidades de comunicación (Comprensión y uso del lenguaje, desarrollo del habla y lenguaje, calidad de voz, fluidez)

--



Habilidades sensoriomotoras: (Vista y oído, desarrollo de aptitudes motoras gruesas y finas, desarrollo visual motriz, procesamiento sensorial)

Capacidades adaptativas: (Independencia al comer, vestirse, desvestirse, usar el baño y bañarse)

II. Revisión de datos conocidos por parte de los integrantes del equipo IEP (debe abordar todas las áreas si hay datos disponibles)

Describir el historial de temprana edad y toda la información de salud relevante. (Diagnósticos, procedimientos, medicamentos, enfermedades/lesiones incluyendo lesiones a la cabeza)

Describir los resultados de las pruebas de detección locales. (i.e. Child Find, etc.)



¿Hubo evaluaciones y datos proporcionados por el padre, madre o tutor legal? Sí no
De responder sí, describa los resultados:

Describir las observaciones del funcionamiento general del niño por parte de maestros, terapeutas, proveedores de servicios afines, y/o administradores. Incluir el ambiente y otros niños/cuidadores presentes.

Describir cualesquier prácticas o intervenciones de enseñanza implementadas para hacer frente a las áreas problemáticas, así como los resultados de estas prácticas o intervenciones. (i. e. progreso de IFSP/IEP, terapia privada, intervenciones de educación general, etc.)

¿Está este niño haciendo una transición del programa Parte C – Programa para bebés-niños pequeños (Intervención temprana o EI)? Sí No

De responder sí, por favor responda lo siguiente:

Fecha de la Conferencia para planificar la transición (TPC):	
¿Quién hizo la remisión del niño a Servicios de Intervención Temprana?	
Edad a la que el niño comenzó con Servicios de Intervención Temprana/coordinación de servicios infantiles:	
Edad a la que el niño dejó de recibir Servicios de Intervención Temprana/coordinación de servicios infantiles: (si corresponde)	

Examen de la vista

C: EC File, Padre, madre o tutor legal N.º UID del estudiante: _____



Special Education Referral: Preschool - Spanish

¿Hay datos actuales sobre exámenes de la vista? Sí No

Fecha:		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Deficiente			Resultados del examen de la vista
Lejos	Derecho		Izquierdo			<input type="checkbox"/> Con anteojos o lentes correctivos
Cerca	Derecho		Izquierdo			<input type="checkbox"/> Sin anteojos o lentes correctivos
Ambos						
Comentario:						

Prueba de audición

¿Hay datos actuales sobre pruebas de audición? Sí No

Fecha:		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Deficiente	dB (Nivel de intensidad)		Hz (Frecuencia)	
Comentario:							

Evaluación conocida y datos de pruebas de detección

Área de evaluación	Resumen de pruebas iniciales y evaluaciones requeridas (Solo datos conocidos) Cualquier nueva evaluación o pruebas de detección cuya finalidad sea determinar elegibilidad requiere el consentimiento del padre, madre, tutor y alumno.

Área de evaluación	Resumen de pruebas iniciales y evaluaciones requeridas (Solo datos conocidos) Cualquier nueva evaluación o pruebas de detección cuya finalidad sea determinar elegibilidad requiere el consentimiento del padre, madre, tutor y alumno.

C: EC File, Padre, madre o tutor legal N.º UID del estudiante: _____



III. Motivo(s) de la remisión/áreas en que se sospecha una necesidad

En base a datos existentes, las siguientes áreas específicas de capacidades cognitivas/de pensamiento; capacidades socioemocionales; habilidades de comunicación; habilidades sensoriomotoras; y/o capacidades adaptativas son señaladas por el equipo:

--

IV. Determinación del equipo IEP

No se realizará una evaluación en base a la revisión de datos conocidos. La remisión a educación especial se termina.

Explicar la decisión de por qué no se hará una evaluación:

--

La elegibilidad para la educación especial y servicios afines está siendo determinada por datos de evaluación conocidos que han sido proporcionados al Equipo IEP a través de la Remisión a Educación Especial. NO se requiere una evaluación o evaluaciones adicionales para determinar elegibilidad.

La información de evaluación y los datos de la evaluación utilizados para tomar esta determinación se pueden hallar en la tabla del área de evaluación. (Nota: Estos datos deben cumplir los requisitos de la(s) hoja(s) de trabajo de elegibilidad.

Hacer una evaluación inicial. La elegibilidad no puede ser determinada con la revisión de datos existentes.



Plan de Evaluación

Áreas de sospecha de discapacidad	
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Discapacidades múltiples
<input type="checkbox"/> Sordera-Ceguera	<input type="checkbox"/> Impedimento ortopédico
<input type="checkbox"/> Sordera	<input type="checkbox"/> Otro impedimento de salud
<input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo	<input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje específica
<input type="checkbox"/> Discapacidad emocional	<input type="checkbox"/> Impedimento del habla y/o lenguaje
<input type="checkbox"/> Impedimento de audición	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática
<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Impedimento de vista (incluyendo ceguera)

Pruebas de detección y evaluaciones

<input type="checkbox"/> Conducta de adaptación	<input type="checkbox"/> Evaluación médica	<input type="checkbox"/> Observación de progreso
<input type="checkbox"/> Evaluación audiológica	<input type="checkbox"/> Prueba de detección de motricidad	<input type="checkbox"/> Psicológicas
<input type="checkbox"/> Inventario de habilidades en Braille Evaluación de medios de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Evaluación de motricidad	<input type="checkbox"/> Historial social/del desarrollo
<input type="checkbox"/> Visión funcional Evaluación	<input type="checkbox"/> Observación	<input type="checkbox"/> Prueba del habla/lenguaje
<input type="checkbox"/> Evaluación educacional	<input type="checkbox"/> Evaluación oftalmológica/optométrica	<input type="checkbox"/> Evaluación del habla, el lenguaje y la comunicación Evaluación
<input type="checkbox"/> Examen de salud	<input type="checkbox"/> Evaluación otológica	<input type="checkbox"/> Vocacional
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> *Resumen de la(s) conferencia(s) con los padres de familia	<input type="checkbox"/> *Revisión de datos existentes	<input type="checkbox"/> *Revisión de documentación de Respuesta a la Intervención (RTI) sobre resolución de problemas

* Se requiere, sin embargo, no requiere del consentimiento de los padres.

Complete el consentimiento para una evaluación inicial.

V. Participantes del equipo IEP

Las siguientes personas estuvieron presentes y participaron en la remisión para educación especial y en la decisión del equipo IEP. (Se ha obtenido una solicitud de justificación de inasistencia de integrante de equipo IEP de asistencia requerida para los integrantes del equipo IEP junto a cuyo nombre se indica que tienen justificativo. Marque con un asterisco (*) el nombre de todo integrante del equipo que participó por medios alternos.

Nombre	Cargo	Fecha
	Padre, madre, tutor legal o estudiante	
	Padre, madre, tutor legal o estudiante	
	Representante de la Agencia de Educación Local LEA	

C: EC File, Padre, madre o tutor legal N.º UID del estudiante: _____



Special Education Referral: Preschool - Spanish

	Maestro de educación especial	
	Maestro de educación general	
	Intérprete de implicaciones educacionales de los resultados de la evaluación	

Proporcionar una copia del Aviso Previo por Escrito, Remisión a Educación Especial y la publicación Derechos y responsabilidades de los padres de familia en la educación especial - - Aviso de salvaguardias procesales a los padres.

Se entregó/envió una copia a los padres el: ____/____/____

Salvaguardias procesales: Cronograma de evaluación inicial

Utilizando la fecha en que se recibió la remisión de educación especial por escrito, el cronograma de 90 días calendario para realizar las evaluaciones en el plan de evaluación, determinar elegibilidad, desarrollar un IEP para un niño elegible y obtener el consentimiento de los padres para la Provisión Inicial de Servicios se debe hacer antes o en la siguiente fecha:
____/____/____.

C: EC File, Padre, madre o tutor legal N.º UID del estudiante: _____