



Special Education Referral: School age - Spanish

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

REMISIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL – Edad escolar

Fecha de la reunión:		Fecha en que la escuela recibió la remisión por escrito:	
Fuente de remisión:		Puesto de fuente de remisión:	

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)

Describe las fortalezas del alumno en las siguientes áreas.

Lectura:

--

Matemáticas:

--

Lenguaje escrito:

--

Aptitudes funcionales: (i. e. cuidado personal, acceso al campus/mobilidad, habilidades de estudio, habilidades de trabajo)

--

Aptitud social/de conducta

--



Special Education Referral: School age - Spanish

Capacidades de comunicación

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

Resultados de los datos de evaluaciones locales y estatales:

Calificaciones anteriores y actuales:

Documentación de las intervenciones basadas en estudios para hacer frente a las deficiencias en las habilidades académicas, de conducta y/o áreas de necesidad funcional:

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

Información proporcionada por el padre, la madre, el tutor legal en relación al desempeño actual académico, funcional y de conducta en el hogar.



Special Education Referral: School age - Spanish

--

Datos de observación conocidos, recopilados:

Fecha:		Resultados:	
Fecha:		Resultados:	

Datos de observación adicionales proporcionados por maestros, administradores y otros integrantes de personal escolar pertinentes en relación al desempeño académico, funcional y de conducta del alumno en la escuela:

--

Datos adicionales (si existen) revisados de otras fuentes: (i.e. inasistencias, atrasos, suspensiones, tasas de movilidad, IEP de fuera del estado, datos médicos)

--

Examen de la vista

¿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:							



Special Education Referral: School age - Spanish

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.

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

En base a datos existentes, las siguientes áreas específicas de capacidades académicas, de conducta y/o necesidades funcionales 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:

C: EC File, Padre, madre o tutor legal

N.º UID del estudiante: _____



--

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"/> Evaluación de vista funcional:	<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.*



Special Education Referral: School age - Spanish

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	
	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:

____/____/____.