

CONDADO DE SANTA CLARA

PLAN DE EVALUACIÓN

Inicial Anual Trienal Transición Interino Otro _____

Dirigido al padre o tutor de _____ Fecha ____ / ____ / ____

Distrito _____ Escuela _____ Grado _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Lengua materna _____ Dominio del inglés/Nivel CELDT _____

_____ ha sido recomendado o derivado para una evaluación por el o los siguientes individuos:

Padre/Madre (Firma)

Enfermera (firma)

Profesor (firma)

Profesor de educ. especial (firma)

El motivo de la derivación para la evaluación es _____

El distrito sugiere evaluar a su hijo para determinar su elegibilidad para recibir servicios de educación especial o la continuación de su elegibilidad, y los niveles actuales de rendimiento académico y desempeño funcional. Su hijo será evaluado en todas las áreas que supongan alguna discapacidad, según sea necesario. Para satisfacer las necesidades educativas individuales de su hijo, esta evaluación consistirá en un examen de sólo las áreas indicadas por la organización educativa local (LEA/distrito). *Las pruebas llevadas a cabo conforme a dichas evaluaciones pueden incluir, entre otras cosas, observaciones en clase, escala de clasificaciones, pruebas personalizadas o algún otro tipo o combinación de pruebas.

Área de evaluación	Título del examinador
<input type="checkbox"/> Rendimiento académico – Estas pruebas evalúan las destrezas en lectura, ortografía, aritmética, aptitudes de expresión oral y escrita, o el conocimiento general.	
<input type="checkbox"/> Salud: la información y los exámenes médicos se solicitan para determinar cómo la salud de su hijo afecta su desempeño en la escuela.	
<input type="checkbox"/> Desarrollo intelectual: estas pruebas evalúan cómo su hijo piensa, recuerda y resuelve problemas.	
<input type="checkbox"/> Desarrollo de la comunicación a través del lenguaje y el habla: estas pruebas evalúan la capacidad de su hijo para comprender y utilizar el lenguaje, y hablar de manera clara y correcta.	
<input type="checkbox"/> Desarrollo motriz: estas pruebas evalúan la capacidad de su hijo para coordinar los movimientos del cuerpo en actividades que comprenden los músculos grandes y pequeños. También se evaluarán las destrezas relativas a la percepción.	
<input type="checkbox"/> Comportamiento social/emocional: estas escalas indicarán cómo se siente su hijo con respecto a sí mismo, cómo se lleva con los demás y cómo atiende las necesidades personales en el hogar, en la escuela y en la comunidad.	
<input type="checkbox"/> Comportamiento de adaptación	
<input type="checkbox"/> Transición una vez finalizada la secundaria: evaluaciones de transición adecuadas a la edad relacionadas a la capacitación, la educación, el empleo y, si corresponde, las destrezas para la vida cotidiana independiente.	
<input type="checkbox"/> Otros _____	
<input type="checkbox"/> Métodos de evaluación alternativos: describa métodos alternativos para evaluar al menor, si corresponde _____	

Doy mi consentimiento para la evaluación. Comprendo que los resultados serán confidenciales y que me invitarán a asistir a la reunión del equipo del IEP para analizar los resultados. También comprendo que no le prestarán servicios de educación especial a mi hijo sin mi consentimiento por escrito.

No doy mi consentimiento para que realicen la evaluación propuesta, anteriormente descrita.

Deseo que el equipo del IEP tenga en cuenta la siguiente información de evaluación: _____

Firma de los padres/tutor _____ Fecha ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____

Comentarios: _____