

EVALUACION DE RECOMENDACION

Fecha Recibida: _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre legal y completo del estudiante: _____

Sexo _____ Grado: _____ Raza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela/Proveedor de Servicios: _____

Nombre del/de los Padre(s): _____

Dirección: _____ Número de Tel. Principal: _____
 Nombre de Contacto: _____
 Otro Tel. (Opcional): _____

Idioma Principal hablado en el Hogar: _____ Nombre de Contacto Y Tel: _____

Tipo de Recomendacion: (Seleccionar uno que corresponda al tipo de recomendacion para el estudiante).

Intervencion Temprana Padres Con Sede Escolar

La Persona que Recomienda: _____ Cargo: _____

Razones para hacer la Referencia (Especifique en la lista las inquietudes):

La recomendación está basada en las inquietudes marcadas a continuación y/o continúan las inquietudes después de la intervención:

PREUCUPACION EN LA ENSEANZA	PREOCUPACIONES DEL COMPORTAMIENTO
<input type="checkbox"/> Deficiencia en el progreso de adquirir destrezas de pre alfabetización.	<input type="checkbox"/> Deficiencia en la atención y concentración.
<input type="checkbox"/> Deficiencia en el progreso de adquirir destrezas básicas en la lectura.	<input type="checkbox"/> Incumplimiento de las directrices del maestro.
<input type="checkbox"/> Deficiencia en el progreso de adquirir destrezas pre matemáticas.	<input type="checkbox"/> Nivel de actividad excesivamente alta o baja.
<input type="checkbox"/> Deficiencia en el progreso de adquirir destrezas básicas en la matemática.	<input type="checkbox"/> Dificultad siguiendo instrucciones.
<input type="checkbox"/> Dificultad elaborando trabajos por escrito.	<input type="checkbox"/> Frustración con facilidad.
<input type="checkbox"/> Pocas estrategias apropiadas de aprendizaje cognitivas.	<input type="checkbox"/> Cambios de humor extremos.
<input type="checkbox"/> Deficiencia en el progreso de adquirir habilidades de comunicación.	<input type="checkbox"/> Dificultad para trabajar con compañeros de clases.
<input type="checkbox"/> Dificultad elaborando sonidos del lenguaje.	<input type="checkbox"/> Dificultad para mantenerse centrado en su asignación.
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Habilidades de adaptación limitada en el comportamiento.
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Habilidades de interacción social inadecuada.
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Ninguno

INFORMACION MEDICA

- | | | | | | |
|----|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. | ¿El estudiante demuestra alguna indicación de algún problema de salud, ortopédico, o médico? Si contesta si, ¿Cuál es? _____ | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| 2. | ¿El estudiante demuestra algún comportamiento en el aula que podría indicar tener algún problema de la vista o auditivo? Si contesta si, ¿Cuál es? _____ | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| 3. | ¿Actualmente el/la estudiante usa gafas? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| 4. | ¿ Actualmente el/la estudiante usa aparatos auditivos? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| 5. | ¿ Recibe ciertos medicamentos en la escuela y/o en la casa? Si contesta si, ¿Cuáles son? _____ | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| 6. | ¿ Actualmente el/la estudiante usa un aparato de tecnología asistencial? Si contesta si, ¿Cuál es? _____ | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |

HISTORIA DEL CURRÍCULO EDUCATIVO

¿Se han considerado las siguientes?

- | | | | |
|---|--------|--------|--------|
| 1. El informe de calificaciones recientes. | [] Si | [] No | [] NA |
| 2. Registro acumulativo que contenga las calificaciones y la asistencia. | [] Si | [] No | [] NA |
| 3. Muestras de trabajo actual. | [] Si | [] No | [] NA |
| 4. Intervenciones recientes y documentos de apoyo informativo. | [] Si | [] No | [] NA |
| 5. Otra información relevante (por parte de los padres/escuela/Otra entidad). | [] Si | [] No | [] NA |

6. Evaluaciones relevantes incluyendo los resultados de la evaluación estatal. [] Si [] No [] NA

- | | |
|---|---|
| 7. Las calificaciones del estudiante han:
[] Mejorado cada año.
[] Ha permanecido igual cada año.
[] Disminuyendo cada año
[] Ha disminuido de repente
[] Datos no disponible | 8. Áreas de preocupación en las calificaciones del estudiante:
[] Por encima del promedio
[] En el promedio
[] Por debajo del promedio
[] Datos no disponible |
|---|---|

9. En comparación al año pasado, el estudiante estuvo ausente: [] Mas [] Menos [] Igual [] NA

10. De _____ Día/s de escuela del año a la fecha, el/la estudiante ha estado:

Ausente	_____	días
Tarde	_____	veces
Revisado	_____	veces
No asistiendo a clases	_____	veces

11. ¿El estudiante ha repetido el grado? Si contesta si, ¿Cual/cuántas veces? [] Si [] No [] NA

12. ¿El estudiante fue suspendido o expulsado por asuntos disciplinarios durante el año escolar actual? Si contesta si, explique. [] Si [] No [] NA

13. ¿El estudiante fue recomendado anteriormente a los servicios de educación especial? Si contesta si, anote la fecha de la remisión anterior. _____ [] Si [] No [] NA

14. ¿El estudiante calificó para los servicios de la educación especial? [] Si [] No [] NA

15. ¿El estudiante recibió otros servicios tales como, Title I, Migrant, 504, EL, etc.? Si contesta si, ¿Cuáles? _____ [] Si [] No [] NA

INQUIETUDES AMBIENTALES, CULTURALES, Y/O ECONOMICAS

Use este listado:

- (1) Para determinar factores que tienen un impacto en el aprendizaje del estudiante y por lo tanto que lo excluye a él/ella de identificarse como un estudiante con discapacidad.
- (2) Para determinar si el estudiante necesita o no que se le administre una prueba de inteligencia no tradicional en caso seleccionar las inquietudes de aspecto ambiental, del lenguaje, cultural, y/o económico.
- (3) Para considerar si hay una falta de instrucción apropiada para la lectura y/o matemáticas.

Seleccione cada una que se aplique al estudiante.

- Experiencia limitada en la formación
- Asistencia irregular (por razones aparte de la enfermedad personal verificada)
- Corta duración en los años escolares.
- Las responsabilidades en el hogar interfieren con las actividades de aprendizaje.
- Falta de dominio de cualquier idioma (una discrepancia de dos o más grados o años entre el nivel del grado del estudiante o la edad en el lenguaje o la capacidad del estudiante).
- El Inglés no estándar que constituye una barrera para el aprendizaje (solo un idioma extranjero o el Inglés no estándar hablado en casa, el lenguaje de la casa expone diferencias dialécticas fuertes).
- Oportunidad limitada para adquirir profundidad en el Inglés (El Inglés que no habla en la casa, por corta duración debido al empleo migratorio de la familia, diferencias dialécticas que están actuando como barrera en el aprendizaje).
- Experiencia cultural limitada (el estudiante no participa en las actividades comunitarias).
- El estudiante recibe otros servicios tal como los Title I, Migrant, 504, EL, etc.
- Limite en la participaciones oportunidades de aprendizajes suplementarios y organizados, ej., preescolar, HeadStart, programa después de la escuela.

NINGUNA DE LAS SELECCIONES MENCIONADAS ARRIBA APLICAN

PARA USO DEL EQUIPO DE IEP SOLAMENTE

Detalles acerca del Reporte de Elegibilidad para que contenga documentaciones en la base de datos (las intervenciones RTI y PST) para preguntas del 1 – 3 (prong 1) y preguntas del 4 – 7 (prong 2). (Preguntas del 4 – 7 pueden ser omitidas para que estudiante que tenga problemas severos requiera de una atención inmediata, un niño/a de la preescolar, un niño/a con problemas de articulación, voz o problemas de fluidez, solamente, un niño con un diagnostico medico de lesión cerebral traumática, y la recomendación del padre). Ver AAC 290-8-9.03(10)(d)4.

- Si No 1. ¿ La base de datos documenta la afirmación que el/la niño/a recibe una instrucción apropiada en el ámbito educativo regular con un personal calificado? o, ¿Una participación en actividades de edad apropiada? para un/a niño/a de la preescolar.
- Si No 2. ¿La razón para la recomendación tiene que ver con el impacto directo del rendimiento educativo del/de la niño/a? o, ¿Una participación en actividades de edad apropiada? para un/a niño/a de la preescolar.
- Si No NA 3. ¿El/la niño no progresa lo suficientemente como para alcanzar el nivel de edad o los niveles de estándar de calificaciones aprobadas por el estado en áreas de la presunta discapacidad ? (NA para la preescolar solamente)
- Si No NA 4. ¿La base de datos documenta la demostración del progreso obtenido monitoreando la implementación válida de intervención(es)? (NA para la preescolar solamente)
- Si No NA 5. ¿La base de datos documenta la demostración del progreso de una repetida evaluación a intervalos razonables, a partir de varias fuentes para las inquietudes de la recomendación? (NA para la preescolar solamente)
- Si No NA 6. ¿La base de datos documenta la ineficacia de la intervención para las inquietudes con respecto a la recomendación? (NA para la preescolar solamente).
- Si No NA 7. ¿La documentación demuestra que el progreso se le proporcionó a los padres de los niños?
- Si No 8. ¿Los datos documentados dan apoyo en general a las inquietudes en cuanto a la recomendación?

RECOMENDACIONES DEL EQUIPO DEL IEP

- ACEPTADO PARA EVALUACION.** La entidad educativa debe obtener un *Aviso y Consentimiento para Evaluación Inicial* firmado antes de llevar a cabo una evaluación.
- NO ACEPTADO PARA EVALUACION.** La entidad educativo debe proporcionarle a los padres un *Aviso de Propuestas o Rechazo para Tomar Acción*.

CARGO	MIEMBROS DEL EQUIPO IEP	FIRMA DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO IEP	FECHA
Padre		_____	_____
Padre		_____	_____
Maestro de Educación General		_____	_____
Maestro de Educación Especial		_____	_____
Representante del LEA		_____	_____

Alguien que pueda Interpretar Las Implicaciones Pedagógicas de los Resultados de Evaluación		
Estudiante		