

Sonoma County Special Education Local Plan Área

PLAN DE EVALUACIÓN

Al padre/guardián de: _____ Fecha: _____
 Distrito: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Nacimiento: _____
 Lenguaje Principal: _____ Proficiencia en inglés: Fluido Limitado Nada
 Razón por la evaluación: Tres años Otra _____

Para alcanzar las necesidades educativas individuales de su hijo/hija, esta evaluación consistirá en únicamente las áreas marcadas por el distrito, agencia escolar o proveedor anotado a continuación. Las evaluaciones serán hechas por personal calificado y, al ser apropiado, utilizando intérpretes calificados. Después de completar las evaluaciones, se le pedirá que participe en la junta del equipo de Programa Educativo Individualizado (IEP). Toda información y resultados de la evaluación se mantendrán confidenciales. No se harán cambios a los servicios de educación especial sin su permiso por escrito.

Área de Evaluación

Título del examinador

<input type="checkbox"/> Desarrollo de comunicación de habla/lenguaje —estos exámenes miden la habilidad de su hijo/hija de usar el habla y lenguaje de una manera clara y apropiada.	
<input type="checkbox"/> Salud —La información y exámenes de salud se obtiene para determinar cómo la salud de su hijo/hija afecta su desempeño escolar.	
<input type="checkbox"/> Comportamiento/Social/Emocional/Adaptado —Estas escalas indicarán cómo se siente su hijo/hija acerca de sí mismo, cómo se lleva con otros, cómo cuida de sus necesidades personales en casa, en la escuela y en la comunidad.	
<input type="checkbox"/> Desarrollo Motriz —Estos exámenes miden qué tan bien coordina su hijo/hija los movimientos de su cuerpo de los músculos chicos y grandes. Puede que también se midan las habilidades perceptivas.	
<input type="checkbox"/> Logro Académico —Estos exámenes miden las habilidades de lectura, ortografía, aritmética y lenguaje oral y escrito y/o conocimiento general.	
<input type="checkbox"/> Desarrollo Intelectual —Estos exámenes miden qué tan bien piensa, recuerda y resuelve problemas su hijo/hija.	
<input type="checkbox"/> Otras Medidas (Marque como apropiado) •Vocacional • Orientación y Movilidad • Observación • Entrevista • Evaluación del Comportamiento _____	
<input type="checkbox"/> Modos Alternativos de Evaluación (Describa los modos alternativos para evaluar al niño/niña, si es aplicable)	

Favor de regresar este plan de evaluación dentro de 15 días de haberlo recibido. Incluido con este plan de evaluación va una copia de Derechos de Educación Especial para Padres e Hijos, la cual describe los procedimientos de guarda salvo disponibles a usted.

Si tiene alguna pregunta acerca de la evaluación propuesta o de los procedimientos de guarda salvo, favor llamar a:

Nombre y posición: _____ Teléfono: _____

Favor de marcar uno o más de los siguientes:

- Doy permiso para la evaluación. Entiendo que se mantendrán confidenciales los resultados y que seré invitado a asistir a la junta del equipo IEP para platicar de los resultados. También entiendo que no se proveerán servicios de educación especial a mi hijo/hija sin mi permiso por escrito.
- No doy permiso para la evaluación propuesta descrita en este documento.
- Deseo que la siguiente información de evaluación sea considerada por el equipo IEP: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Comentarios: _____