

FORMATO ESTATAL DEL IEP DE SELPA PLAN DE EVALUACION

Inicial Anual Trienal Transición Interino Otro _____

Para el padre/encargado de: _____ Fecha: ___/___/___

Distrito: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Primer Idioma: _____ Habilidad de Inglés/Nivel CELDT _____

Referido por:

(Firma) del Padre (Firma) de la Enfermera(o) (Firma) del Maestro (Firma) del Maestro de Educ. Especial

La razón de la referencia para la evaluación es _____

El distrito propone evaluar a su niño para determinar su elegibilidad para servicios de educación especial o continuidad de elegibilidad y niveles presentes de rendimiento académico y logro funcional. Su niño será evaluado en todas las áreas necesarias donde se sospecha discapacidad. Para cumplir con las necesidades de educación individuales de su niño, esta evaluación consistirá en una evaluación solamente en las áreas marcadas por la agencia educativa local (LEA) / del distrito. * Las pruebas realizadas de conformidad con estas evaluaciones pueden incluir, pero no se limitan a las observaciones del salón de clases, escalas de calificación, pruebas de uno-a-uno o algunos otros tipos o combinaciones de pruebas.

Área de Evaluación	Título del Examinador
<input type="checkbox"/> Logro académico — Estos exámenes miden la lectura, ortografía, aritmética, habilidades de lenguaje escrito y oral, y/o conocimientos generales.	
<input type="checkbox"/> Salud —La información de salud y las pruebas son reunidas para determinar como la salud de su niño afecta la interpretación escolar.	
<input type="checkbox"/> Desarrollo Intelectual — Estos exámenes miden qué tan bien piensa su niño, recuerda, y soluciona problemas.	
<input type="checkbox"/> Idioma/Desarrollo de Comunicación de Lenguaje - Estas pruebas miden la capacidad de su niño de entender y usar el lenguaje y la claridad al hablar apropiadamente.	
<input type="checkbox"/> Desarrollo de Motor — Estas pruebas miden que tan bien su niño coordina los movimientos del cuerpo en actividades de músculos pequeños y grandes. Las habilidades Perceptuales también pueden ser medidas.	
<input type="checkbox"/> Social/Emocional -Estas balanzas indicarán como se siente su niño sobre él/ella, como se lleva con otros, tiene cuidado de sus necesidades personales en casa, escuela y en la comunidad.	
<input type="checkbox"/> Conducta/Adaptable _____	
<input type="checkbox"/> Transición Post-Secundaria - Evaluación de transición para la edad apropiada relacionada a entrenamiento, educación, empleo y donde sean apropiadas las habilidades para vivir independiente.	
<input type="checkbox"/> Otras	
<input type="checkbox"/> Opciones Alternas de Evaluación -Describa los métodos alternos de evaluación del niño, si le corresponde)	

Yo estoy de acuerdo en la evaluación. Entiendo que los resultados serán guardados confidencialmente y que seré invitado a asistir a las juntas del equipo de IEP para hablar de los resultados. También entiendo que no se le proveerán ningunos servicios de educación especial a mi niño sin mi consentimiento por escrito.

Yo no estoy de acuerdo con la evaluación propuesta y descrita arriba.

Me gustaría que la siguiente información de la evaluación fuera considerada por el equipo del IEP: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: ___/___/___

Dirección: _____ Número de Teléfono _____

Comentarios: _____

NOTA: Adjuntar Previo Aviso por Escrito si ésta es una evaluación inicial.