**Escuelas Públicas del Condado de Clark**

Solicitud de los padres

Remisión para evaluación multidisciplinaria

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo del estudiante: | SSID: |
| Fecha de nacimiento: | Género: | Raza/Etnia: |
| Estudiante representado por: |
| ¿Vive el estudiante con sus padres? |
| Si no, ¿con quién vive el estudiante? | Relación: |
| **Nota:** Si el estudiante vive con alguien que no sea el padre, se debe completar y adjuntar el formulario *Determinación del representante de los padres para la toma de decisiones educativas*. |
| Padres/Guardián: |
| Dirección del hogar:  |
| Teléfono de casa: | Teléfono de trabajo: |
| Modo de comunicación principal del estudiante: |
| Modo de comunicación principal en el hogar: |
| Profesor(a) de educación general: | Grado: |
| Persona/Título que refirió:  |

**Principal(es) área(s) de preocupación**: Marque cada motivo para derivar a este estudiante:

⬜comunicación

⬜comunica Necesidades y Deseos Básicos ⬜ Lenguaje expresivo

⬜Articulación ⬜ Calidad de voz

⬜Conocimiento de sonido/asociación de letra ⬜ Lenguaje Receptivo

⬜Otro especifique: ⬜Otro especifique:

⬜Desempeño académico

⬜Expresión oral ⬜Comprensión auditiva

⬜Expresión escrita ⬜Habilidad básica de leer

⬜Calcular matemáticas ⬜Razonamiento y aplicación de matemáticas

⬜Otro especifique: ⬜Otro especifique:

⬜Salud, Vista, Escuchar y habilidad motora

 ⬜Habilidades motoras gruesas ⬜Habilidades motoras finas

 ⬜Control de cuerpo ⬜Habilidad motora perceptiva

 ⬜Locomoción ⬜Sensorial

 ⬜Vista ⬜Oir

 ⬜Historia de desarrollo ⬜Otro especifique:

 ⬜Otro especifique:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo del estudiante |  | SSID: |  |

⬜Estado social y emocional

 ⬜interacción con compañeros ⬜cambios de humor

 ⬜interacción con adultos ⬜comportamientos repetitivos

 ⬜aceptación de reglas ⬜autoconcepto

⬜aceptación de corrección ⬜inactividad o abstinencia

 ⬜aceptación de decepción ⬜Cooperación

 ⬜habilidades de autoayuda/ habilidades de juego ⬜autocontrol

 ⬜equipo/membresía ⬜expresión de sentimientos/afecto

 ⬜Otro especifique: ⬜Otro especifique:

⬜Inteligencia General

 ⬜Comprensión de nuevos conceptos ⬜Predicción de eventos / resultados

 ⬜Interpretación de datos para tomar decisiones ⬜Resolución de problemas

 ⬜Comparación / contraste de ideas de objetos ⬜Aplicación del conocimiento

⬜ Discriminación de percepción ⬜memoria

 ⬜Otro especifique: ⬜Otro especifique:

⬜Habilidades laborales/Técnico/Funcionamiento vocacional

 ⬜Asistir a la tarea ⬜Puntualidad

 ⬜Siguiendo instrucciones ⬜Completando el trabajo

 ⬜Hábitos de trabajo independiente ⬜Organización de materiales / pertenencias

⬜ Buscando ayuda cuando la necesite ⬜Uso de la tecnología para recopilar / organizar información

 ⬜Usar herramientas de investigación de manera efectiva ⬜Identificación de preferencias / intereses

 ⬜ Mantener la resistencia física ⬜Reconociendo las limitaciones personales

 ⬜ Tener metas vocacionales realistas ⬜Otra especificar

 ⬜Otra especificar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Equipo especializado utilizado por el estudiante |  |  |

|  |
| --- |
| Describa las condiciones médicas existentes a continuación: |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo del estudiante |  | SSID: |  |

|  |
| --- |
| ¿Está el estudiante tomando medicamentos actualmente ?: ⬜Sí ⬜No, Especifique el tipo y la dosis a continuación: |
|  |

**Summary of Past and Present Support:**

|  |
| --- |
| ¿Este estudiante ha sido evaluado previamente para educación especial? ⬜Sí ⬜ No |
| En caso afirmativo,* ¿Cuándo se evaluó al estudiante?
* ¿Cuál fue el área sospechosa de discapacidad?
 |
| ¿Qué servicios está recibiendo este estudiante o qué servicios ha recibido este estudiante en el pasado? Para los servicios a continuación, ingrese **[C]** si recibe actualmente o **[P]** si el servicio se brindó en el pasado |
| **Dominio limitado del inglés (ELL)** | **Inmigrante** | **Título 1** | **Lenguaje del habla** | **504** | **Servicios escolares extendidos****(ESS)** | **Dotados y Talentosos** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Participación con agencia(s) externas:** ⬜**Sí** ⬜**No Agencia:** |
| **Describa los servicios que le están brindando a este estudiante las agencias enumeradas anteriormente:** |
|  |

**Firma del Representante de Distrito Fecha de recepción por el representante del distrito**

**Firma de la persona que refiere**