**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**