



# DISTRITO ESCOLAR DE BREWSTER

P.O. Box 97, Brewster, WA 98812

## REMISIÓN PARA EVALUACIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL – RESUMEN

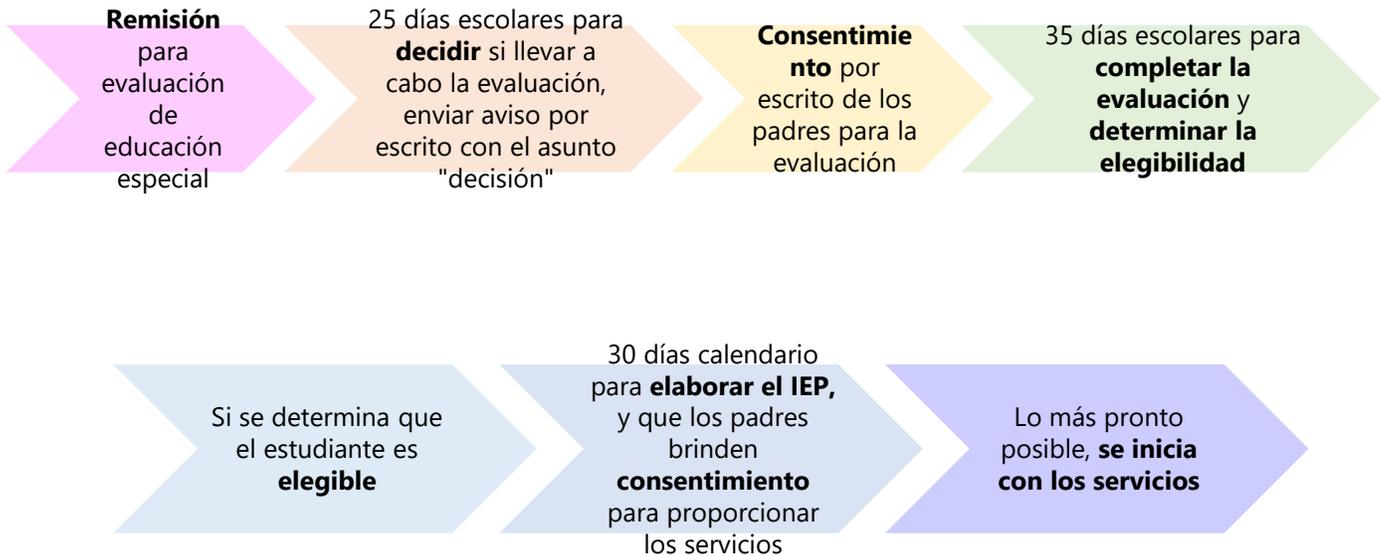
### Propósito

Este formulario ayudará a los padres, el personal del distrito, las agencias públicas u otras personas con información sobre un estudiante a solicitar una evaluación de educación especial (también llamada “referencia de educación especial”). Este formulario no es obligatorio; cualquier solicitud de evaluación por escrito es válida. Los distritos pueden dar seguimiento a una solicitud verbal, por correo electrónico u otra solicitud escrita con una solicitud para completar este formulario, pero no pueden exigir que el remitente complete el formulario antes de considerar al estudiante para la evaluación. Es importante tener en cuenta que el plazo de 25 días que se describe a continuación comienza tan pronto como se recibe la solicitud, ya sea que se use o no este formulario.

### Proceso

Una vez que el distrito recibe una solicitud por escrito para la evaluación en cualquier forma/formato, tiene 25 días escolares para revisar la información sobre el estudiante, incluidos los registros escolares y médicos y la información de los padres, y decidir si evaluará al estudiante para determinar su elegibilidad para educación especial. Si el distrito decide evaluar, debe obtener el consentimiento informado y por escrito de los padres antes de comenzar la evaluación inicial. Vea a continuación un diagrama de flujo de línea de tiempo.

### Plazos para la remisión, la evaluación inicial y el programa de educación individualizada inicial (IEP)



## REMISIÓN PARA EVALUACIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Fecha:	
--------	--

**Me gustaría solicitar una evaluación de educación especial para el siguiente estudiante:**

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	
Nombre de la escuela:	Grado:	Edad:

**Información de la persona que refiere:**

Mi nombre:	Mi relación con el estudiante:	
Teléfono:	Email:	
Dirección de envío:		
¿Se notificó al padre/tutor de la remisión? <input type="checkbox"/> Si, Fecha: <input type="checkbox"/> No		

**Información del estudiante/niño:**

Grados con más de 18 ausencias ( <i>circula</i> ):	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
¿El niño / estudiante ha repetido alguna vez un grado?	<input type="checkbox"/> Si, Grado:						<input type="checkbox"/> No							
Idioma nativo del niño:														
Idioma(s) hablado(s) en el hogar:														
¿Ha sido el estudiante evaluado para educación especial en el pasado?	<input type="checkbox"/> Si, Fecha:						<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No sé					
¿Ha recibido alguna vez el niño/estudiante servicios de Educación Especial y/o Intervención Temprana? Si es así, ¿cuándo y qué servicios?	<input type="checkbox"/> Si, Fecha:						<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No sé					Servicios:
¿Ha tenido el estudiante alguna vez un plan de conducta??	<input type="checkbox"/> Si, Fecha:						<input type="checkbox"/> No							



**¿Qué se ha intentado ya para ayudar al alumno?** *Los ejemplos podrían incluir intervenciones implementadas como parte de un sistema de apoyo de varios niveles (MTSS), Programa de asistencia para el aprendizaje (LAP), Título I, etc.*

**\*\*Si el personal del distrito escolar completa este formulario, adjunte información y datos sobre las intervenciones implementadas y la respuesta del estudiante a la(s) intervención(es).\*\***

Apoyo	¿Cómo ayudó este apoyo al estudiante?
<input type="checkbox"/> Tutoría	
<input type="checkbox"/> Instrucción en grupos pequeños	
<input type="checkbox"/> Plan de comportamiento	
<input type="checkbox"/> Programa después de clases	
<input type="checkbox"/> Intervención del programa Multilingüe	
<input type="checkbox"/> Intervención de Nivel 2 y Nivel 3	<i>(Adjuntar documentación del tipo de intervención y respuesta de los estudiantes a la intervención)</i>
<input type="checkbox"/> Servicios de salud mental	
<input type="checkbox"/> Las terapias proporcionadas fuera del entorno escolar (ocupacional, del habla, etc.)	
<input type="checkbox"/> Otro:	

**¿Hay información médica o de salud sobre el estudiante que el distrito debería saber?**

¿El estudiante usa lentes?  Sí  No

¿El estudiante usa aparatos de audición?  Sí  No

¿Toma el estudiante algún medicamento regular?  Sí  No

¿Hay alguna inquietud y/o diagnóstico médico/de salud actual?  Sí  No

¿Tiene el estudiante un plan de salud actual en los archivos de la escuela?  Sí  No

¿Este estudiante ha experimentado alguna lesión en la cabeza?  Sí  No

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo, trabajo de parto y parto de este niño/estudiante?  Sí  No

Por favor comparta cualquier otra información:

**¿Hay alguna otra información que le gustaría compartir? ¿Hay algún papeleo u otros registros que pueda compartir? Si desea compartir otros documentos/registros, adjúntelos a este formulario.**

---

**Firma de la persona que refiere**

**Fecha**

---

**Firma del director del edificio** *(si lo envía el personal del distrito escolar)*

**Fecha**

<b>Special Education Department ONLY</b>	
<b>Date Referral Received:</b>	
<b>Special Education Department Representative Signature:</b>	
<b>Date Reviewed by Special Education Team:</b>	
<b>Decision to Evaluate:</b>	<input type="checkbox"/> Yes, evaluation recommended <input type="checkbox"/> No, evaluation will not be completed at this time
<b>Prior Written Notice Sent to Parent/Guardian:</b>	

Form adapted from:  Special Education Referral Form by [Office of Superintendent of Public Instruction](#) is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](#).