

Student I.D. Number

Escuelas Públicas del Condado de Hart
Educación de los Niños Excepcionales (ECE)
25 Quality Street
Munfordville, KY 42765

Remisión para la Evaluación Multi-Disciplinaria

Nombre del Estudiante: _____ SSID _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Etnicidad: _____

El Estudiante está Representado/a por: Padre/Madre Guardián Ella/El Mismo Otro

¿Vive el estudiante con sus padres? Sí No

Si contestó no, ¿Con quién vive el estudiante?: _____ Relación: _____

Nota: Si el estudiante no vive con sus padres, se debe completar y adjuntar el formulario: *Determinación del Representante para Tomar Decisiones Educativas*

Padre/Madre/Guardián: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Idioma que Habla el Estudiante: _____

Idioma que se Habla en el Hogar: _____

Maestro/a de Educación General: _____ Grado: _____

Persona que Remite /Título: _____

Área(s) de Mayor Preocupación: Marque los motivos por los que remite al estudiante:

Funcionamiento Cognoscitivo

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comprensión de Conceptos Nuevos | <input type="checkbox"/> Predicción de Eventos/Resultados |
| <input type="checkbox"/> Interpretación de Datos para tomar Decisiones | <input type="checkbox"/> Solucionando Problemas |
| <input type="checkbox"/> Comparando/Contrastando Ideas u Objetos | <input type="checkbox"/> Aplicando Conocimiento |
| <input type="checkbox"/> Discriminación Perceptiva | <input type="checkbox"/> Memoria |
| <input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Otro: |

Desempeño Académico

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Expresión Oral | <input type="checkbox"/> Comprensión Auditiva |
| <input type="checkbox"/> Expresión Escrita | <input type="checkbox"/> Habilidades Básicas en la Lectura |
| <input type="checkbox"/> Comprensión de Lectura | <input type="checkbox"/> Fluidez en la Lectura |
| <input type="checkbox"/> Cálculo Matemático | <input type="checkbox"/> Aplicación y Razonamiento Matemático |
| <input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Otro: |

Competencia Social

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Interacción con compañeros | <input type="checkbox"/> Cambios de Humor |
| <input type="checkbox"/> Interacción con Adultos | <input type="checkbox"/> Comportamiento Repetitivo |
| <input type="checkbox"/> Aceptación de las Reglas | <input type="checkbox"/> Concepto de si Mismo |
| <input type="checkbox"/> Aceptación de las Correcciones | <input type="checkbox"/> Inactivo o Recluido |
| <input type="checkbox"/> Aceptación de la Decepción | <input type="checkbox"/> Cooperación |
| <input type="checkbox"/> Autosuficiencia/Habilidades en Juegos | <input type="checkbox"/> Autocontrol |
| <input type="checkbox"/> Equipo/Socio | <input type="checkbox"/> Expresión de Sentimientos/Disposición |
| <input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Otro: |

Distribution of Copies: ECE Placement and Assessment Office; SBARC Chairperson's Folder; Parent/Guardian;
Speech-Language Pathologist; District Office for (A) Audiology, (O) OT/PT, (V) Vision

Remisión para la Evaluación Multi-Disciplinaria
Página 2

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Comunicación

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comunica sus Deseos y Necesidades Básicas | <input type="checkbox"/> Lenguaje Expresivo |
| <input type="checkbox"/> Articulación | <input type="checkbox"/> Calidad de la Voz |
| <input type="checkbox"/> Asociación del Conocimiento de Letras/Sonidos | <input type="checkbox"/> Comprensión del Lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Otro: |

Funcionamiento Laboral/Técnico

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atención a las Tareas | <input type="checkbox"/> Puntualidad |
| <input type="checkbox"/> Seguir Instrucciones | <input type="checkbox"/> Completa su Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Hábitos de Trabajo Independiente | <input type="checkbox"/> Organiza sus Materiales/Pertenencias |
| <input type="checkbox"/> Pide Ayuda Cuando es Necesario | |
| <input type="checkbox"/> Usa la Tecnología para Obtener Información | <input type="checkbox"/> Identifica Preferencias/Intereses |
| <input type="checkbox"/> Usa Instrumentos de Investigación Efectivamente | <input type="checkbox"/> Reconoce Limitaciones Personales |
| <input type="checkbox"/> Mantiene Vitalidad Física | |
| <input type="checkbox"/> Tiene Metas Vocacionales Realistas | |
| <input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Otro: |

Físico

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Destrezas Motoras Gruesas | <input type="checkbox"/> Destrezas Motoras Finas |
| <input type="checkbox"/> Control del Cuerpo | <input type="checkbox"/> Percepción Motora |
| <input type="checkbox"/> Locomoción | <input type="checkbox"/> Sensorial |
| <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Audición |
| <input type="checkbox"/> Historia del Desarrollo | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Otro: | |

Herramientas/Equipos Especiales Utilizados por el Estudiante		
--	--	--

Información de las Escuelas

Número de las Escuelas que el Niño/a ha Asistido Hasta Ahora:

Grado y Año				
Cuantos Días ha Estado Matriculado				
Cantidad de Ausencias	Con Excusas/justificada			
	Sin Excusas/injustificada			
Cantidad de Llegadas Tardes	Con Excusas/justificada			
	Sin Excusas/injustificada			
Años en las Escuelas Incluyendo este curso escolar:	Años en los Programas de Primaria Incluyendo este curso escolar:	Grados que ha Repetido:		

Remisión para la Evaluación Multi-Disciplinaria

Página 3

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información de Sus Calificaciones Más Recientes (Presentar los reportes actualizados):

Lectura		Inglés		Otros		
Ortografía		Ciencias		Otros		
Matemáticas		Estudios Sociales		Otros		

Información Sobre los Exámenes de Grupos Estándard (Incluya las Copias)

Desempeño Académico:		Nombre del Examen:		Fecha:	
Lectura	Matemáticas	Lenguaje	Ortografía		

Funcionamiento Físico:

Adjunte la documentación de los resultados de cada examen. (*Se requiere cuando se sospecha que hay una Incapacidad Específica del Aprendizaje)

VISIÓN*	AUDICIÓN*	LANGUAGE	MOTORA*
Fecha del examen: <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> No Pasó	Fecha del examen: <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> No Pasó	Fecha del examen: <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> No Pasó	Fecha del examen: <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> No Pasó

Describe Cualquier Condición de Salud Médica Existente:

¿Toma el Estudiante Medicamentos? Sí No Especifique el Tipo de Medicamento y Dosis:

Remisión para la Evaluación Multi-Disciplinaria

Página 4

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información Sobre la Ayuda/Apoyo que ha Recibido en el Pasado y en el Presente:

¿Ha sido el estudiante previamente evaluado para educación especial? Sí No

Si contestó sí,

- ¿Cuándo fue evaluado el estudiante?
- ¿Cuál fue el área de incapacidad que se sospechó?

¿Qué servicios está recibiendo el estudiante o qué servicios ha recibido en el pasado? Para los servicios siguientes, escriba **(A)** si los recibe ahora o **(P)** si los recibió en el pasado.

Inglés Como Segunda Lengua	Servicios al Inmigrante	Título 1	Servicios de Ayuda en el Habla / Lenguaje	504	Servicios de Escuela Extendida	Servicios para para Niños Dotados Y Talentosos

Recibe Servicios/Apoyo de Otras Agencias?: Sí No Agencia: _____

Explique los servicios que ofrecen las agencias al estudiante:

Firma del Representante del Distrito

Fecha Recibida por el Representante del Distrito

Firma de la Persona que Hace Remisión

Remisión para la Evaluación Multi-Disciplinaria

Página 6

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Solo para el uso del Comité de Admisiones y Salidas (ARC) – Decisión del ARC

Llene esta información en la reunión del ARC, después de discutir la remisión:	
<input type="checkbox"/> Esta remisión fue analizada por el ARC e indica que se sospecha una incapacidad y se necesita una evaluación individual.	
<input type="checkbox"/> Esta remisión fue analizada por el ARC, y no indica ninguna sospecha de incapacidad, y no se necesita una evaluación.	
<input type="checkbox"/> Esta remisión fue analizada por el ARC, y no incluye suficiente información para determinar la sospecha de una incapacidad y la necesidad de iniciar una evaluación individual completa. El ARC ha determinado la información adicional que se necesita, y se reunirá otra vez el: _____	
Fecha de la Decisión del ARC:	
Firma del Representante del Distrito (LEA)	