

REFERIDO PARA UNA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN TEMPRANA

Nombre Legal Completo del Niño/a _____
 (Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento _____ M _____ F _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Tel: _____ Distrito escolar de su residencia _____ Escuela _____

Nombre del padre o tutor legal _____ Tel. del trabajo _____ Tel. celular _____

Nombre de la madre o tutor legal _____ Tel. del trabajo _____ Tel. celular _____

Hermano(s): Nombres y edades _____

Razón del referido :

- ___ Evaluación fonológica (adjunte la prueba de Hodson)
- ___ Prueba preescolar (adjunte el protocolo de la prueba)
- ___ La intervención temprana (adjunte reportes de la EI)
- ___ Los padres pidieron una evaluación (adjunte el protocolo de la prueba)
- ___ Una evaluación privada (adjunte la información relacionada)

RESULTADOS DE LA PRUEBA PREESCOLAR: Por favor, marque si el niño/a **APROBÓ, NO APROBÓ, o RECOMIENDAN OTRA PRUEBA** en cada área.

(No se requieren los resultados de la prueba para los niños que salen de la Intervención Temprana)

Las habilidades en el área:

- ___ cognitivo-verbal ___ visual-motriz ___ visual ___ auditivo
- ___ de la comunicación ___ motor grueso ___ del comportamiento

Por favor, marque las áreas que les preocupan a los padres:

- ___ Las habilidades del juego ___ Las habilidades motoras finas (ej., colorear, cortar)
- ___ El procesamiento sensorial ___ Las habilidades motoras gruesas (ej., brincar, correr)
- ___ Las habilidades sociales ___ Las habilidades de la comunicación
- ___ El comportamiento ___ La pronunciación del habla

Supporting education for all children in the community school districts:

53 Butler	94 Komarek	102 LaGrange	107 Pleasantdale
61 Darien	95 Brookfield-LaGrange Park	103 Lyons	86 Hinsdale Township High School
62 Gower	96 Riverside	105 LaGrange South	204 Lyons Township High School
92 ½ Westchester	101 Western Springs	106 LaGrange Highlands	208 Riverside Brookfield High School

Por favor, explique las preocupaciones que ha marcado:

IDIOMA:

¿Se habla el inglés la mayoría de las veces en su casa? Sí ____ No ____ . ¿Sí no, qué idioma se habla?

____. ¿Qué idioma habla más su hijo/a? _____

¿Qué idioma escucha más su hijo/a? _____

¿Pueda comunicarse uno de los padres en inglés? _____

EVALUACIONES ANTERIORES:

¿Se le han evaluado a su hijo/a durante el año pasado? Sí _____ No _____

____ Terapia ocupacional. ¿Dónde? _____

____ Terapia física. ¿Dónde? _____

____ Terapia del habla/lenguaje. ¿Dónde? _____

____ Oído/vista. ¿Dónde? _____

Por favor, marque si el niño/a **APROBÓ/NO APROBÓ:** _____ Oído _____ Vista

____ Otro. (Por favor, especifique). ¿Dónde? _____

SERVICIOS ACTUALES:

Cuáles son los servicios que su hijo/a recibe actualmente?

____ Terapia del desarrollo ____ Asistencia social ____ Terapia física ____ Terapia del habla/lenguaje

____ Terapia ocupacional ____ Otro: _____

Quién es el coordinador de la intervención temprana? _____

EXPERIENCIA ESCOLAR:

Si su hijo/a ha asistido a un programa preescolar o a una guardería, por favor, indique:

El nombre de la escuela _____ Nombre del maestro/director _____

Dirección _____

Tel: _____ Días de asistencia _____

¿Tiene su hijo/a algún diagnóstico que afecte el programa educacional? Por favor, explique.

¿Tiene alguna necesidad de cuidado de salud? _____

¿Le preocupa cualquier otra cosa acerca de su hijo/a que no está escrito aquí? _____

¿Qué espera lograr a través de esta evaluación? _____

Firma de padre(s)

Fecha

Firma del representante del distrito

Fecha