

# LAS ESCUELAS PÚBLICAS JOHNSTON

## *Servicios Especiales*

ESTUDIANTE _____	FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
ESCUELA _____	GRADO _____ MAESTRO/CONSEJERO _____
PADRES/GUARDIAN _____	DIRECCIÓN _____
TELÉFONO: (C) _____	(T) _____ (CELULAR) _____

La *Declaración de Preocupación Actual* es completada en la reunión del Equipo de Evaluación y transmitido como parte del proceso del equipo al evaluador apropiado.

Actualmente recibe servicios de educación especial:  Sí  No

Si la respuesta es sí. Incapacidad Primaria: \_\_\_\_\_  
Servicio(s) Actuales: \_\_\_\_\_

LAS EVALUACIONES ACTUALES	FECHA	COMENTARIOS
Psicológica		
Educación		
Social		
Médicas:		
Otros:		
Otras evaluaciones de la agencia:		

Resultados de la evaluación indican los siguientes signos que sugieren la necesidad de una evaluación **neurológica**:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> mal agarro de lápiz                       | <input type="checkbox"/> confusión con la discriminación derecha/izquierda |
| <input type="checkbox"/> temblores de las manos                    | <input type="checkbox"/> habilidades pobres de organización                |
| <input type="checkbox"/> escritura ilegible                        | <input type="checkbox"/> movimientos del cuerpo al azar                    |
| <input type="checkbox"/> lenta ejecución de tareas                 | <input type="checkbox"/> falta de equilibrio                               |
| <input type="checkbox"/> rotación de papel                         | <input type="checkbox"/> paso torpe  |
| <input type="checkbox"/> confusión o demora en nombrar las figuras | <input type="checkbox"/> comportamiento inusual                            |
| <input type="checkbox"/> dificultad con seguimiento visual         | <input type="checkbox"/> distracción                                       |
| <input type="checkbox"/> letras/números al revés                   | <input type="checkbox"/> impulsividad                                      |
| <input type="checkbox"/> inversión de sonidos                      | <input type="checkbox"/> comportamiento inquieto                           |
| <input type="checkbox"/> irregularidades del habla                 | <input type="checkbox"/> excitabilidad                                     |
| <input type="checkbox"/> perseverancia                             | <input type="checkbox"/> hablar en exceso                                  |

Otros: \_\_\_\_\_

Adjuntar muestras de trabajo, si apropiado.

Preguntas principales que se abordaran durante la evaluación neurológica:

- ¿Tiene el niño un deterioro neurológico?
- Si la respuesta es sí, ¿qué adaptaciones y/o modificaciones deben realizarse en el clase para atender las necesidades educativas de este estudiante?

# LAS ESCUELAS PÚBLICAS JOHNSTON

## *Servicios Especiales*

**NOMBRE:**

**FECHA DE NACIMIENTO :**

Si el estudiante está recibiendo servicios de educación especial describa brevemente:

Adjuntar una copia de la página de servicio de PIE

Otros servicios de apoyo en la escuela (por ejemplo: alfabetización, consejero, etc.)

Por favor, enumere los *antecedentes médicos pertinentes* (por ejemplo, lesiones, operaciones, condiciones médicas tales como diabetes, convulsiones, etc. )

Los medicamentos actuales (si los hay):

Por favor de una lista de las intervenciones que se han intentado:

¿Qué preguntas le gustaría recibir respuesta/dirigida por esta evaluación (adjunte páginas adicionales si es necesario)?

Información adicional:

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA