

LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE 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		(Incluir pruebas de personalidad)
Educacional		
Social		
Médicas:		
Otros:		
Otras evaluaciones de la agencia:		

Áreas de interés: (comprobar todas las áreas que se apliquen).

Memoria

- ___ índice de aprendizaje
- ___ recordar información

Matemáticas

- ___ aprendizaje de datos matemáticos
- ___ operaciones básicas (por. ejemplo, sumar, restar)
- ___ problemas verbales

Lectura

- ___ fónica/decodificación de palabras
- ___ comprensión
- ___ ortografía

Atención/Concentración

- ___ iniciar la tarea
- ___ mantener atención
- ___ completar tareas
- ___ organización
- ___ nivel de organización

Motricidad fina/ gruesa

- ___ agarro de lápiz
- ___ manipulación de objetos
- ___ modo de andar
- ___ escritura
- ___ movimiento lento

Orientación Espacial

- ___ alinear los números en las columnas
- ___ uso de reglas/gráficos
- ___ ir a clases
- ___ mantener la escritura sobre las líneas del papel
- ___ dibujar/copiar diseños

Lenguaje

- ___ lenguaje escrito
- ___ expresión verbal
- ___ comprensión auditiva
- ___ tartamudeo
- ___ calidad de la voz anormal o monótona

Otros

- ___ confusión con derecha/izquierda
- ___ conducta repetitiva (por ejemplo, rascarse, frotarse)
- ___ perseverancia
- ___ periodos de "separación" donde el niño no responde a las preguntas verbales o solicitudes

LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE JOHNSTON

Servicios Especiales

Comportamiento y emociones

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> oposicional/no cumple los requisitos | <input type="checkbox"/> problemas con mantener amigos |
| <input type="checkbox"/> destructivo/a | |
| <input type="checkbox"/> problemas para interpretar señales sociales | <input type="checkbox"/> ansiedad |
| <input type="checkbox"/> agresivo/a | |
| <input type="checkbox"/> fácilmente frustrado/a | |
| <input type="checkbox"/> tristeza/depresión | |

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