



EVALUACIÓN INICIAL **RE-EVALUACIÓN** Fecha (mm/dd/aa): ____/____/____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): ____/____/____ Edad: _____

Grado: _____ Maestro/a: _____

Escuela a la que Asiste: _____ Escuela de Residencia: _____

A. Para determinar la amplitud de esta evaluación (marcada arriba) para Educación Especial, el equipo del IEP ha considerado la siguiente información de evaluación ya existente marcada abajo:

- Evaluación e información proporcionada por los padres/tutores
- Pruebas básicas de salón de clase, actuales (dentro de los últimos 12 meses)
- Observaciones de servicios relacionados,
- Repaso del archivo Ed. (re-evaluación)
- Observaciones del maestro
- Actual IEP, (si un re-evaluación)
- Repaso del archivo acumulativo (inicio)
- Reportes de Calificación en una currícula general
- Otro: _____

B. Discapacidad(es) que se sospecha: _____

C. Con base en el repaso de la información de evaluación ya existente del equipo de IEP, conteste las siguientes preguntas y base sus respuestas en la discapacidad(es) que se sospecha:

1. Si No ¿Es necesario obtener información adicional para determinar si el niño(a) tiene la discapacidad(es) que se sospecha o en caso de una re-evaluación para determinar si el niño(a) sigue teniendo dicha discapacidad(es)?
2. Si No ¿Es necesario obtener información adicional para determinar los niveles de rendimiento académico presentes y las necesidades educativas del niño(a)?
3. Si No ¿Es necesario obtener información adicional para determinar si el niño(a) necesita Educación Especial y los servicios relacionados, o en caso de una re-evaluación del niño(a), determinar si el niño(a) continúe necesitando educación especial y los servicios relacionados?
4. Si No En caso de una re-valoración, ¿se requiere obtener información adicional para determinar si es necesario, añadir o modificar la educación especial y los servicios relacionados para posibilitar al niño(a) a cumplir con las metas anuales establecidas en el programa educativo individualizado del niño(a) y a participar, mientras sea apropiado, en la currícula general?

- MARQUE Y LLENE LA SECCION D SI RESPONDIO CON UN "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS.
- LLENE LA SECCION E SI RESPONDIO CON UN "NO" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS.

D. Si contesto con un "sí" cualquiera de las preguntas en la SECCION C, por favor marque la información adicional necesaria:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prueba Académica | <input type="checkbox"/> Prueba vocacional |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de Autismo | <input type="checkbox"/> Habilidades de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento Social adaptivo | <input type="checkbox"/> Prueba Auditiva |
| <input type="checkbox"/> Escala de Comportamiento | <input type="checkbox"/> Prueba de la vista |
| <input type="checkbox"/> Prueba de inteligencia | <input type="checkbox"/> Historial de Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Salud/Médica | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Observaciones | _____ |
| <input type="checkbox"/> Habilidades Motoras | _____ |

E. Si no se requiere mayor información para una re-evaluación del niño(a), mencione las razones para esta decisión: _____

Los padres tienen el derecho de pedir una evaluación para determinar si el niño(a) debe continuar siendo un niño(a) con una discapacidad. Si los padres no piden una evaluación, las Escuelas Publicas de Albany usarán la información de evaluación ya existente para determinar si el niño(a) es elegible y no conducirá una evaluación.

Para pedir una evaluación contacte a _____ @ (_____) _____ - _____
 Nombre Número Telefónico

Nombres de los Participantes del Equipo de la Evaluación (mínimo dos profesionales calificados y los padres)

Padre(s) o tutor(es) _____

Estudiante (cuando es pertinente) _____

Maestro/a de Educación Regular _____

Nombre _____ Título _____

Nombre _____ Título _____

Nombre _____ Título _____