

REGISTRO DE SERVICIOS Y PROGRAMAS ESCOLARES

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Idioma primaria: _____ Grado: _____ Edad: _____

Nombre de la escuela anterior/Pre-Escolar: _____ Distrito: _____

Es importante que estemos al tanto de cualquier servicio especial que tenga o hay tenido su hijo(a) en la escuela anterior. Para proveer el mejor posible programa para su hijo/hija, la siguiente información es requerida.

Favor de marcar el programa/los programas su hijo/hija a participado.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Educación de estudiantes dotados y talentosos (conocido en inglés como GATE) | <input type="checkbox"/> Clases de educación especial (por sus siglas en ingles, SDC) |
| <input type="checkbox"/> Inglés como segunda idioma (EL) | <input type="checkbox"/> Discapacidad específica del aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Fondos federales del program educativo Título I (conocido anteriormente como Chapter 1) | <input type="checkbox"/> Impedimento del habla o lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Lectura | <input type="checkbox"/> Otro impedimento en la salud |
| <input type="checkbox"/> Matemáticas | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual |
| <input type="checkbox"/> Cualquier "Ayuda Especial" | <input type="checkbox"/> Impedimento ortopédico |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio de lectura | <input type="checkbox"/> Diagnosticado con el autismo |
| <input type="checkbox"/> Intervenciones (RTI) | <input type="checkbox"/> Impedimento visual |
| <input type="checkbox"/> Adaptaciones y modificaciones | <input type="checkbox"/> Deficiencia auditivo |
| <input type="checkbox"/> Programa de orientación y asesoría | <input type="checkbox"/> Trastorno emocional |
| <input type="checkbox"/> Plan de la Sección 504 | <input type="checkbox"/> Educacion fisica adoptiva |
| <input type="checkbox"/> Programa con maestros que utilizan material de enseñanza adaptado (por sus siglas en inglés, RSP) | <input type="checkbox"/> Terepeuta del habla |

Mi hijo/hija no participó en ningun tipo de programa especial en su escuela anterior.

¿Su hijo/hija alguna vez fue evaluado por la sicóloga de la escuela? _____

Si contestó que sí, fue elegible recibir servicios especiales su hijo/hija? _____

Favor de añadir cualquier información que crea que sea pertinente para ayudarnos con su hijo/hija:

Firma del padre/guardian _____ Fecha _____