

Distrito Escolar Unificado de Los Angeles
NOTIFICACIÓN DE EVALUACIÓN PARA LA EDUCACIÓN ESPECIAL

Escuela _____

Distrito Local

Estimado Padre / Tutor Legal de (Nombre)

(Apellido) _____

Por medio de este aviso le informamos que su hija ha sido referido para una evaluación de educación especial. Su aprobación por escrito es necesaria para que podamos llevar a cabo la evaluación.

A. La evaluación se solicita por la siguiente razón / razones:

- Determinar si su hijo(a) tiene derecho (según la discapacidad y necesidad) a los servicios de educación especial.
- Hacer una revisión de tres años para los servicios de educación especial.
- Determinar si hace falta un cambio en los servicios de educación especial de su hijo(a).
- Transferir a su hijo(a) de un programa de educación especial preescolar a otro programa..

B. El pedido de evaluación fue hecho por:

Nombre de la persona

Relación con el estudiante / Cargo

Entidad Independiente / Afiliación

C. Por favor tome en cuenta que una evaluación efectuada por el personal del Distrito:

- Incluye recopilación de información en todos los campos de presunta discapacidad.
- Puede incluir la revisión de registros escolares, informes, estadísticas existentes de evaluación, muestras de tareas realizadas por el alumno, observaciones de situaciones, entrevistas, evaluaciones independientes, información suministrada por los padres, y resultados de exámenes normalizados individuales y / o evaluaciones alternativas.
- Será en el idioma materno de su hijo(a) o en cualquier otro modo de comunicación seleccionado por un evaluador / evaluadores calificado(s). Cuando esto no es factible, un intérprete calificado asistirá al evaluador / evaluadores..
- Resultará en información que será analizada en la reunión del Programa de Educación Individualizado (IEP). En esa reunión le entregarán a usted una copia de cada informe de evaluación. Cuando el informe de un psicólogo forma parte de esta evaluación, si usted lo solicita, se le enviará por correo una copia del informe cuatro (4) días laborables antes de la reunión del IEP.

D. Las evaluaciones hechas por una entidad independiente serán consideradas por el equipo del IEP. Por favor, entregue una copia de ese informe independiente antes de la reunión del IEP, para que el personal del Distrito tenga tiempo de estudiar la información.

E. Después de la evaluación:

- Se efectuará una reunión del IEP en un lapso de 60 días civiles a partir de la fecha de recibo de su solicitud escrita de evaluación, o en base a la fecha de nacimiento de su hijo(a) si él / ella está ingresando del programa Early Start. Lea *Una Guía de los Padres de Familia sobre los Servicios de educación Especial (Incluyendo Derechos y Garantías Procesales)* para información específica sobre plazos establecidos.
- Usted recibirá una *Notificación para Participar en una Reunión del Programa de Educación Individualizado (IEP)* con una anticipación de por lo menos diez (10) días civiles.

Por favor revise, firme y devuelva el Plan de Evaluación para la Educación Especial adjunto. Conserve para su archivo la "Copia para los Padres" y este formulario Notificación de Evaluación para la Educación Especial.

Si tiene preguntas sobre el proceso de evaluación, por favor comuníquese con la persona mencionada abajo.

Persona Contacto

Escuela / Oficina

Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
PLAN DE EVALUACIÓN PARA LA EDUCACIÓN ESPECIAL

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ ID# _____ Grado _____

Escuela a la que Asiste _____ Escuela del lugar de Residencia _____

Idioma del Estudiante / Medio Alternativo de Comunicación _____ Idioma Materno _____ Nivel COM/ELD/ESL _____

Materias de Evaluación (*incluyendo consideración de necesidad de equipo especializado). Vea descripciones al dorso.	La Evaluación puede incluir revisión de datos existentes, observaciones y opiniones de los padres de familia. También puede incluir el uso de exámenes normalizados, escalas de desarrollo y evaluaciones alternativas.	La Evaluación será efectuada por el personal del Distrito indicado abajo.
1. <input type="checkbox"/> Salud y Desarrollo, incluyendo Visión y Audición	<input type="checkbox"/> Exámenes Normalizados (Vea al dorso) <input type="checkbox"/> Evaluación Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Enfermera/ Médico <input type="checkbox"/> Audiólogo <input type="checkbox"/> Otros _____
2. <input type="checkbox"/> Capacidad General	<input type="checkbox"/> Exámenes Normalizados (Vea al dorso) <input type="checkbox"/> III Evaluación Experimental del Equipo Preescolar <input type="checkbox"/> Evaluación Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Psicólogo
3. <input type="checkbox"/> Rendimiento Académico	<input type="checkbox"/> Exámenes Normalizados (Vea al dorso) <input type="checkbox"/> III Evaluación Experimental del Equipo Preescolar <input type="checkbox"/> Evaluación Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Maestro de Educación Especial <input type="checkbox"/> Otros _____
4. <input type="checkbox"/> Desarrollo del Lenguaje	<input type="checkbox"/> Exámenes Normalizados (Vea al dorso) <input type="checkbox"/> III Evaluación Experimental del Equipo Preescolar <input type="checkbox"/> Evaluación Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Terapeuta del Habla y de Lenguaje <input type="checkbox"/> Maestro de Educación Especial
5. <input type="checkbox"/> Destrezas Motoras	<input type="checkbox"/> Exámenes Normalizados (Vea al dorso) <input type="checkbox"/> III Evaluación Experimental del Equipo Preescolar <input type="checkbox"/> Evaluación Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional <input type="checkbox"/> Maestro de Educación Física Adaptada <input type="checkbox"/> Maestro de Educación Especial <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Otro _____
6. <input type="checkbox"/> Estado Socioemocional	<input type="checkbox"/> Exámenes Normalizados (Vea al dorso) <input type="checkbox"/> III Evaluación Experimental del Equipo Preescolar <input type="checkbox"/> Evaluación Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Maestro de Educación Especial <input type="checkbox"/> Otro _____
7. <input type="checkbox"/> Autoayuda, incluyendo Orientación y Movilidad	<input type="checkbox"/> Exámenes Normalizados (Vea al dorso) <input type="checkbox"/> III Evaluación Experimental del Equipo Preescolar <input type="checkbox"/> Evaluación Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Maestro de Educación Especial <input type="checkbox"/> Otro _____
8. <input type="checkbox"/> Destrezas / Intereses Profesionales y Vocacionales	<input type="checkbox"/> Inventarios <input type="checkbox"/> Observaciones <input type="checkbox"/> Encuestas <input type="checkbox"/> Entrevistas al Estudiante <input type="checkbox"/> Cuestionarios	<input type="checkbox"/> Maestro de Educación Especial <input type="checkbox"/> Otro _____

Adaptaciones en la administración del examen _____ Razón por la cual el intérprete calificado asistirá al evaluador en la administración del examen _____

CONSENTIMIENTO DE PADRES DE FAMILIA / TUTORES PARA LA EVALUACIÓN

He examinado la *Notificación de Evaluación para la Educación Especial* y el *Plan de Evaluación para la educación Especial*. Recibí *Una Guía de los Padres de Familia sobre los Servicios de Educación Especial (incluyendo derechos y garantías procesales)*. Los padres cuyos hijos reúnen los requisitos para recibir Medi-Cal recibirán la Guía de los Padres de Familia sobre los Servicios de Educación Especial (July 2007). Entiendo que no se realizará ninguna evaluación sin mi consentimiento por escrito y que no se harán asignaciones ni se prestarán servicios académicos a menos que yo los autorice en el Programa de Educación Individualizado (IEP).

MARQUE UNA

- SÍ, estoy de acuerdo con el Plan de Evaluación.
- SÍ, estoy de acuerdo con el Plan de Evaluación, excepto en la siguiente materia(s) _____
- NO, no estoy de acuerdo con el Plan de Evaluación.

Firma del Padre de Familia/Tutor _____ Fecha _____ Teléfono en la Casa _____ Teléfono en el Trabajo _____

MARQUE DONDE SEA APROPIADO

- Adjunto el siguiente informe(s) independiente de evaluación o entregaré una copia al equipo del IEP para que sea considerado en la reunión del IEP:

- Me gustaría que se abordaran otros asuntos de índole educativa (especifique) _____
- Me gustaría que me enviaran por correo cuatro (4) días laborables antes de la reunión del IEP, una copia del informe del psicólogo resultante de esta evaluación. Si es posible, por favor traduzca el informe al siguiente idioma: _____

FOR OFFICE USE ONLY Enclosed with this plan: *A Parent's Guide to Special Education Services (Including Procedural Rights and Safeguards)*

Plan sent on _____ by mail student other _____ 2nd plan sent _____ 3rd plan sent _____ Psych report mailed on _____ by _____
 in (language, if other than English) Signed plan rec'd on _____ by _____ IEP must be held by _____

ENTRE LAS PRUEBAS NORMALIZADAS FIGURAN:

Materia de Evaluación	Descripción de la Materia de Evaluación	Instrumentos de Evaluación
1. Salud y Desarrollo, incluyendo visión y audición	Evalúa problemas médicos / asuntos de salud*	Prueba de Conducción Aérea vs. Ósea, Examen de la Vista y el Oído, Audiometría de Impedancia, Prueba de Emisiones Otoacústicas, Examen Físico, Prueba de Conciencia del Habla, Prueba de Discriminación del Habla, Prueba de Recepción del Habla
2. Capacidad General	Evalúa la capacidad de procesar, comprender, integrar, analizar, sintetizar y aplicar información.	Escala de Memoria de los Niños, Escalas de Evaluación Cognoscitiva, Prueba Integral de Procesamiento Fonológico, Segunda Edición de la Prueba de Eficiencia del Aprendizaje, Versión Ampliada de la Escala Paramétrica de Analogías, Versión Corregida de la Prueba de Capacidad de Percepción Visual, Evaluación Integral de la Memoria y el Aprendizaje y Conjunto de Pruebas Woodcock-Johnson para determinar el Grado de Dominio del Lenguaje.
3. Rendimiento Académico	Evalúa la preparación para la escuela, la lectura, el lenguaje escrito, y la comunicación verbal y alternativa de manera apropiada.*	Versión Actualizada del Conjunto de Pruebas Woodcock-Muñoz, Inventario Diagnóstico Brigrance del Desarrollo Infantil, Inventario Integral Brigrance de Conocimientos Básicos, Encuesta Kaufman de la Capacidad Académica y de Lenguaje de los Niños de Preescolar, Prueba Kaufman para Medir el Aprovechamiento Académico, Prueba Peabody de Rendimiento Individual y Tercera Edición del Conjunto de Pruebas Woodcock-Johnson para Medir el Rendimiento Académico.
4. Desarrollo del Lenguaje	Evalúa la capacidad de recibir, entender y utilizar apropiadamente el lenguaje verbal, el habla y la comunicación alternativa.	Evaluación Clínica de la Función del Lenguaje (inglés / español), Prueba Integral de Procesamiento Fonológico, Examen de Articulación Goldman-Fristoe, Escalas de Evaluación del Lenguaje (inglés / español), Escalas de Lenguaje Oral y Escrito, Prueba de Desarrollo del Lenguaje, Escala para la Medición del Lenguaje en la Etapa Preescolar, Prueba de la Fotoarticulación, y Conjunto de Pruebas Woodcock-Johnson para determinar el Grado del Dominio del Lenguaje (inglés / español).
5. Destrezas Motoras	Evalúa el uso de músculos grandes y pequeños, la preparación física general, la coordinación motora y visomanual y el procesamiento sensorial en situaciones y actividades educacionales.	Escalas de Evaluación para la Educación Física Adaptada, Prueba de Integración Visomotora Bender-Gestalt, Prueba Bruininks-Oseretsky de Suficiencia Motora, Prueba de Desarrollo de la Integración Visomotora, Instrumento de Evaluación de la Caligrafía Infantil, Prueba Peabody para Medir el Desarrollo de las Capacidades Motoras, Escala de Evaluación de la Función Motora de los Músculos Gruesos, Evaluación del Desempeño en la Escuela, Perfil Sensorial, y Versión Actualizada de la Prueba de la Capacidad de Percepción Visual.
6. Estado Socioemocional	Evalúa la conducta, el desarrollo socioemocional y la capacidad de relacionarse con otros.	Sistema Achenbach de Evaluación Empírica, Sistema para la Evaluación de Conducta Infantil, Escala de Medición del Autismo Infantil, Inventario de Depresión, Infantil, Versión Actualizada de las Escalas Connors para Clasificar la Conducta, Escala Piers-Harris para Medir la Autoestima Infantil y la Prueba de Apercepción de Roberts para Niños.
7. Autoayuda, incluyendo orientación y movilidad	Evalúa la conducta adaptiva y la capacidad de llevar a cabo las actividades diarias requeridas para ser responsable en lo personal, en el hogar y en la comunidad	Escala de Evaluación de la Conducta Adaptiva, Escala de Medición del Autismo Infantil, Escala de Conducta Independiente, y las Escalas Vineland para Medir la Conducta Adaptiva.
8. Destrezas / Intereses Profesionales y Vocacionales	Evalúa los intereses, las preferencias y la preparación para la vida después del egreso de la preparatoria.	

*incluyendo consideración de necesidad de equipo especializado