

## Aviso de la Decisión de hacer una Evaluación para Educación Especial Consentimiento para la Evaluación Inicial

Nombre del estudiante Jason Patterson Núm. del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha 21-9-2010  
Escuela \_\_\_\_\_ Encargado(a) del IEP \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento 6-2-2002  
Escuela local \_\_\_\_\_ Lenguaje \_\_\_\_\_ Año escolar 1 Edad 8 y 7 m  
¿Necesita interprete?

### Estimado padre/tutor/estudiante adulto:

Se ha hecho un repaso de la información existente que esta disponible para la recomendación de una evaluación para educación especial, y **hemos decidido que una evaluación es apropiada.**

### Procedimiento(s), examen(es), registro(s) o reporte(s) usados para hacer esta determinación:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Repaso de archivos escolares                | <input type="checkbox"/> Repaso de información de la maestra(o) |
| <input type="checkbox"/> Repaso del progreso hacia las metas         | <input type="checkbox"/> Observaciones en el salón de clases    |
| <input type="checkbox"/> Repaso de la información de otras agencias  | <input type="checkbox"/> Reunión de Equipo (fecha): _____       |
| <input type="checkbox"/> Repaso de la información proveída por usted | <input type="checkbox"/> Repaso de la pruebas anteriores        |

### Otras opciones consideradas y el motivo por el cual fueron rechazadas:

### Otros factores relacionados, si es que hay algunos:

La evaluación puede tomar en consideración una o mas de las siguientes áreas: académica, capaz de adaptación, conducta/social/emocional, cognoscitivo, salud física/motor, habla/lenguaje, y vocacional (si el estudiante tiene 14 años o mas). Puede incluir pruebas individuales de logros y habilidades, entrevistas, escalas de calificación, u otros procedimientos que e han determinado que son necesarios por el equipo de evaluación. Esta determinación se hará por medio de repasar información existente, incluyendo cualquier información que usted nos provea. Usted será invitada para repasar los resultados con nosotros después que se complete la evaluación y podrás participar en determinar elegibilidad, y recomendación de colocación. Esta evaluación deber de ser completada dentro de 35 días escolares después de la fecha en que se recibe su permiso.

Previamente usted recibió una copia de la Notificación de Garantías. Si usted necesita otro copia o le gustaría recibir ayuda para poder entender el contenido, por favor comuníquese conmigo al número que esta abajo. Toda la información recaudada durante la evaluación se mantendrá confidencial y solo será usada por el personal de la escuela autorizado como es requerido por la Acta de Derechos Educativos y Privacidad para la Familia.

**Por favor indique abajo si usted desear dar su permiso para hacer esta evaluación o no, fírmelo y regréselo sin importar lo que sea su decisión.** Si tiene alguna pregunta o preocupación, favor de llamarme.

Kate Wheeler 21-9-2010  
**Resource Model Teacher** **(Fecha)** **(Teléfono)**

Fecha en que se firmo el consentimiento: \_\_\_\_\_ Fecha fijada en que se debe de completar: \_\_\_\_\_

Come padre/tutor del estudiante mencionado (o el estudiante mencionado, si es adulto),

Yo  **doy**  **no doy** mi permiso para la evolución inicial para determinar elegibilidad y necesidad para servicios de educación especial. He sido informado (a) de toda la información relacionada con la evaluación propuesta. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser retirado en cualquier tiempo pero el retiro de consentimiento no es retroactivo.

Come padre/tutor del estudiante mencionado (o el estudiante mencionado, si es adulto),

Yo  **doy**  **no doy** mi permiso para que el distrito entregue el nombre y la fecha de nacimiento arriba al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) para verificar elegibilidad para Medicacid.

\_\_\_\_\_  
*Firma de Padre/Tutor/Estudiante Adulto* *Fecha*  
Distribución de copias: Una copia para  Servicios Especiales  Padres/Tutor/Estudiante Adulto  Archivo  
Forma 07/Rev 8-01/Página 1 de 1