Alachua County Public Schools, 620 East University Avenue, Gainesville, FL 32601
Educación Especial

Formulario de Consentimiento para Evaluación Inicial

Nombre del estudiante:_____ Fecha de hoy:_____

Estudiante #:_____ Escuela:_____ Grade:_____

Fecha de nacimiento:_____ Sexo:_____ Raza/Etnia:_____ Idioma hablado en casa:_____

Nombre padre/madre/tutor:_____

Dirección Padre/Madre/Tutor:_____

Teléfono de residencia Padre/Madre/Tutor:_____ Teléfono Oficina:_____

El equipo de planeación educativa de su hijo(a) se ha reunido con usted en *(fechas)*_____ para revisar el progreso de su hijo(a) en la escuela. Basados en la revisión de los récords estudiantiles de su hijo(a) los cuales incluyen desarrollo académico, respuesta a intervenciones, pruebas/evaluaciones, reportes, observaciones, conferencias y otros_____, una evaluación individual y completa es recomendada para ayudarnos a conocer las necesidades educacionales de su hijo(a). Esta evaluación, está siendo requerida por las siguientes razones:

☐ Determinar si su hijo(a) tiene una discapacidad educativa ☐ Determinar si su hijo(a) necesita servicios extraordinarios (gifted).

Otros factores que son relevantes en esta propuesta, incluyen:_____

Las siguientes opciones educativas, ha sido consideradas o usadas con su hijo(a): (Favor seleccionar)

☐ Título I ☐ Tutoría ☐ Respuesta a intervenciones/ Modelo MTSS
☐ Manejo de comportamiento ☐ Referido a agencia comunitaria ☐ Consejería
☐ Cambio en grado instruccional ☐ Cambio de metodología instruccional ☐ Otro _____

En estos momentos, la(s) opción(es) fue(ron) determinada(s) insuficientes para cumplir con las necesidades educativas de su hijo(a), siendo su método primario rechazado como opción para asistir a su hijo(a). Por ello, debemos de recibir su consentimiento para llevar a cabo una evaluación. El evaluador, seleccionará el área específica a evaluar, basado en las necesidades de su hijo(a). Debajo, encontrará las áreas que se procesarán o evaluarán:

- **Desarrollo**– Evaluación motora, cognitiva, comunicación y habilidades sociales, las cuales pueden incluir comportamientos adquiridos.
- **Psico-Educacional** – Para evaluar habilidades intelectuales, académicas, procesos de comportamiento/social o lenguaje. Este procedimiento, puede incluir evaluación de características excepcionales y los intereses del o de la estudiante.
- **Visión** – Evaluar las habilidades visuales y/o visión funcional.
- **Auditivo** – Evaluación auditiva
- **Comunicación** – Evaluar habilidades del lenguaje, articulación, fluidez y calidad de voz. ☐ Seleccionar para el habla únicamente.
- **Social/Emocional** – Evaluar el comportamiento social o emocional y factores que afecten el aprendizaje.
- **Motor/Físico** – Evaluar habilidades motoras (gruesas y finas).
- **Otro -**_____

Luego de que la evaluación se haya completado, un reporte será desarrollado basado en los resultados obtenidos. Los resultados de la evaluación serán revisados para determinar la elegibilidad de servicios en una reunión a más tardar en *(fecha)*_____. Como padre, madre o tutor, usted está protegido(a) bajo las regulaciones de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA siglas en inglés) y la Disposición 6A-6.03311, FAC, *Garantías Procesales para Estudiantes con Discapacidades y/o Disposición* 6ª-6.03313. FAC *Garantías de Procedimientos para Estudiantes Excepcionales con Talento Extraordinario*. El documento que describe estos derechos y protecciones, se le ha proveído y también está disponible en el portal de la Junta Escolar (*www.sbac.edu*). De necesitar copias adicionales de la Disposición de Procedimientos de Garantías para Estudiantes relativo a sus derechos, favor contactar a:

_____ _____ at _____ _____
Nombre *Posición o cargo* *Departamento/Locación* *Teléfono*

_____ _____ at _____ _____
Nombre *Posición o cargo* *Departamento/Locación* *Teléfono*

Favor indicar su decisión con relación a la evaluación, seleccionando los espacios proveídos debajo y firmando el presente formulario. Luego de su consentimiento, su hijo(a) será referido(a) a una evaluación.

_____
Director(a) Escolar/Designado *Fecha*

Procedimiento de Garantías

☐ Se me ha explicado este documento/notificación.
☐ He recibido copia de las explicaciones sobre el Procedimiento de Garantías

Consentimiento (elija una)

☐ Sí, doy mi consentimiento para la evaluación propuesta.
☐ No, quisiera reunirme antes de dar mi consentimiento de evaluar.
☐ No, deniego mi consentimiento para la evaluación propuesta.

Firma padre/madre/tutor:_____ Fecha:_____

Distribution: ___ School/Principal
___ District
___ Parent