



Reporte de Evaluación

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante	Iniciales	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo M F	Grado	Fecha de Hoy
Distrito/Escuela	Fecha del Referido Inicial				Evaluación Inicial ☐	
	Fecha de la Próxima Re-evaluación Comprensiva				Re-evaluación ☐	
Nombre de los Padres	Dirección de los Padres				Teléfono de la Casa	
	Dirección Electrónica				Teléfono del Trabajo/Celular	

EVALUACIONES E INFORMACION PROVISTA POR LOS PADRES Y/O EL ESTUDIANTE

Comentarios por parte de los Padres*:

Comentarios por parte del Estudiante:

Implicaciones para la Planificación Educacional:

AREAS DE EVALUACION

Los resultados de las evaluaciones, incluyendo implicaciones para la planificación educacional, pueden ser resumidos o grapados en forma de informes por escrito.

Resumido	Grapado	Resumido	Grapado
☐	☐ Logro Académico	☐	☐ Observaciones*
☐	☐ Servicios de Tecnología Asistiva	☐	☐ Física
☐	☐ Conducta	☐	☐ Sicológica
☐	☐ Evaluación basada en el aula*	☐	☐ Socio/Emocional
☐	☐ Comunicación	☐	☐ Transición
☐	☐ Desarrollo	☐	☐ Otra: _____
☐	☐ Evaluación de Conducta Funcional		

* Requerida

Nombre del Estudiante: _____ Fecha del Reporte De Evaluación: _____

RESUMEN DE EVALUACIONES

Area de Evaluación: _____ Evaluador(es): _____ Fecha de la Eval/Observ: _____

Resultados:

Implicaciones para la Planificación Educacional:

Area de Evaluación: _____ Evaluador(es): _____ Fecha de la Eval/Observ: _____

Resultados:

Implicaciones para la Planificación Educacional:

Area de Evaluación: _____ Evaluador(es): _____ Fecha de la Eval/Observ: _____

Resultados:

Implicaciones para la Planificación Educacional:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha del Reporte De Evaluación: _____

RESUMEN DE EVALUACIONES

Area de Evaluación: _____ Evaluador(es): _____ Fecha de la Eval/Observ: _____

Resultados:

Implicaciones para la Planificación Educacional:

Area de Evaluación: _____ Evaluador(es): _____ Fecha de la Eval/Observ: _____

Resultados:

Implicaciones para la Planificación Educacional:

Area de Evaluación: _____ Evaluador(es): _____ Fecha de la Eval/Observ: _____

Resultados:

Implicaciones para la Planificación Educacional:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha del Reporte De Evaluación: _____

DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD

El estudiante **es** elegible para los servicios de educación especial y servicios relacionados de acuerdo al Acta de la Educación de los Individuos con Impedimentos (IDEA). La base para tomar esta determinación es que el estudiante tiene un impedimento y necesita educación especial y servicios relacionados:

Criterio del impedimento:

☐ La Lista del Criterio ha sido grapada

¿**Por qué** el estudiante necesita educación especial y servicios relacionados?

Categorías de Impedimentos (marque todas las que apliquen):

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Autismo | ☐ Sordera | ☐ Impedimento de Salud ² |
| ☐ Retraso del Desarrollo | ☐ Disturbio Emocional | ☐ Problemas de Aprendizaje |
| ☐ Retardación Mental | ☐ Impedimento Auditivo | ☐ Impedimento del Habla |
| ☐ Sordo-ceguera | ☐ Impedimento Ortopédico ¹ | ☐ Daño Traumático en el Cerebro |
| | | ☐ Impedimento Visual |

¹ Un reporte médico es requerido (diagnosis de impedimento ortopédico por personal médico cualificado)

² Un reporte médico es requerido (diagnosis médico de problema de salud crónico o agudo)

Recomendaciones para la consideración del equipo del IEP:

Servicios de Educación Especial

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Educación Física Adaptada | ☐ Matemática | ☐ Habla/Lenguaje |
| ☐ Tecnología Asistiva | ☐ Lectura | ☐ Transición |
| ☐ Instrucción en Braille | ☐ Independencia/Auto-Ayuda | ☐ Entrenamiento de Movimiento |
| ☐ Vocacional | ☐ Sensorio-Motor | ☐ Expresión Escrita |
| ☐ Comunicación | ☐ Conducta/Social/Emotional | |

Servicios Relacionados

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Tecnología Asistiva | ☐ Orientación y Movilidad | ☐ Servicios de Enfermería |
| ☐ Audiología | ☐ Consejería para los padres | ☐ Trabajador Social |
| ☐ Consejería | ☐ Terapia Física | ☐ Habla/Lenguaje |
| ☐ Evaluación/Identificación Temprana | | ☐ Sicológica ☐ Recreación |
| Terapéutica | | |
| ☐ Médico (diagnóstico) | ☐ Recreación | ☐ Transportación |
| ☐ Terapia Ocupacional | ☐ Consejería de Rehabilitación | ☐ Otro: _____ |

DOCUMENTACION—si no es elegible

El estudiante **NO** es elegible para los servicios de educación especial y servicios relacionados de acuerdo al Acta de la Educación de los Individuos con Impedimentos (IDEA) por las siguientes razones.:

- | | |
|--|---|
| ☐ No cualifica para el criterio del impedimento | ☐ Falta de instrucción en lectura o matemática |
| ☐ No demuestra necesidad de educación especial | ☐ Proficiencia limitada del inglés |

Discusión:

Recomendación para acomodaciones o referido a otros servicios tal y como apropiado: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha del Reporte De Evaluación: _____

Las siguientes personas, indicadas por su firma, han participado en el desarrollo de este documento del Reporte De Evaluación. La agencia pública debe darle una copia de este documento a los padres sin costo alguno.

_____ Padre	_____ Fecha	_____ Madre	_____ Fecha
_____ Estudiante	_____ Fecha	_____ Patólogo del Habla	_____ Fecha
_____ Administrador	_____ Fecha	_____ Firma/Posición	_____ Fecha
_____ Maestro de Sala Regular	_____ Fecha	_____ Firma/Posición	_____ Fecha
_____ Maestro de Educación Especial	_____ Fecha	_____ Firma/Posición	_____ Fecha
_____ Sicólogo Escolar	_____ Fecha	_____ Firma/Posición	_____ Fecha

Cada participante del Equipo de Evaluación debe ser provisto con la oportunidad de someter una declaración separada con conclusiones si el reporte no refleja las conclusiones del participante. ☐ El reporte disidente será grapado.

Persona(s) sometiendo una declaración separada de conclusiones: _____

Razones: _____

NOTAS DEL REPORTE DE EVALUACIÓN

