

## REFERENCIA PARA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IEP Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o encargado legal: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Persona que hace la referencia: \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Fecha en que se le notificó al padre de la intención de referencia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Método de notificar al padre de intención de referencia  Conferencia  Por teléfono  Por escrito

Idioma materno del padre o estudiante adulto u otro modo primario de comunicación si hay otro además del Inglés: \_\_\_\_\_

Idioma materno del estudiante u otro modo primario de comunicación: \_\_\_\_\_

**Preocupación Mayor en Cuanto al Estudiante:** \_\_\_\_\_

### Motivos Específicos de la Referencia:

- |                                                      |                                                      |                                          |                                           |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lectura                     | <input type="checkbox"/> Idioma Escrito              | <input type="checkbox"/> Auditivo        | <input type="checkbox"/> Atención         |
| <input type="checkbox"/> Matemáticas                 | <input type="checkbox"/> Habilidades de Autoayuda    | <input type="checkbox"/> Visual          | <input type="checkbox"/> Social/Emocional |
| <input type="checkbox"/> Ortografía                  | <input type="checkbox"/> Habilidades de Motor Finas  | <input type="checkbox"/> Salud           |                                           |
| <input type="checkbox"/> Funcionamiento Cognoscitivo | <input type="checkbox"/> Habilidades de Motor Grueso | <input type="checkbox"/> Lenguaje/Idioma |                                           |

Otro: \_\_\_\_\_

**Intentos de Intervenciones de Educación General:** Si esta referencia es por un representante educativo, describa las intervenciones intentadas antes de esta referencia y adjunte la documentación. (EC 56303) \_\_\_\_\_

### Para Uso del Distrito Solamente

Fecha de Recibido: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de vencimiento del Plan de Evaluación (15 días) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_ Enviado a : \_\_\_\_\_

Gerente del Caso: \_\_\_\_\_