

Fecha de recibo \_\_\_\_\_

# PLAN DE EVALUACION

- Recomendación inicial
- Revisión cada 3 años

## AREA DEL PLAN LOCAL DE EDUCACION ESPECIAL DEL CONDADO DE VENTURA (SELPA)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ F.d.N. \_\_\_\_\_ E.C. \_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Sesión \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Idioma del estudiante \_\_\_\_\_  EL  FEP

### Para recomendaciones iniciales

El estudiante es recomendado por \_\_\_\_\_ Fecha de recomendación \_\_\_\_\_

Años escolares en los cuales se facilitaron intervenciones en la educación general \_\_\_\_\_

### RAZON PARA LA EVALUACION/AREAS DE DUDA \_\_\_\_\_

Este plan de evaluación individual está planteado para asistir a determinar las necesidades educativas específicas de su hijo/a. Todas las evaluaciones serán proveídas por un profesional calificado. Las evaluaciones serán en las áreas marcadas a continuación y pueden incluir la observación del estudiante en grupo, muestras del trabajo en el salón, evaluaciones en grupo del distrito o estatales, pruebas individuales, entrevista(s) del maestro(a) y una entrevista con usted. También puede incluir una revisión de los informes que nos ha autorizado a solicitar, o que se encuentran en el archivo actual. Las evaluaciones no serán discriminativas, y pueden usarse medios alternativos de evaluación en situaciones cuando las evaluaciones estandarizadas sean inadecuadas. Se llevará a cabo una reunión del equipo del Programa de Educación Individualizada (IEP) en un plazo de 60 días del recibo del plan de evaluación firmado. Se le invitará a asistir y revisar los resultados de la evaluación y participar en la determinación de las necesidades educativas de su niño y elegibilidad para los servicios de educación especial.

LOGRO PRE-ACADEMICO/ ACADEMICO:  Maestro(a) de educación especial  Psicólogo(a)  Otro \_\_\_\_\_

*Propósito:* Para determinar las destrezas actuales de la lectura, escritura, y matemáticas o la destreza pre-académica como igualar o clasificar.

COMPORTAMIENTO SOCIAL/EMOCIONAL:  Psicólogo(a)  Especialista de Infantes/Preescolar  Otro \_\_\_\_\_

*Propósito:* Para evaluar cómo maneja el alumno sus sentimientos y emociones; cómo se lleva con los demás.

APITUDES DE AUTOAYUDA/ADAPTACION:  Psicólogo(a)  Otro \_\_\_\_\_

*Propósito:* Para evaluar como se desempeña el alumno en actividades de la vida cotidiana.

DESARROLLO PSICOMOTRIZ:  Psicólogo(a)  Especialista de Infantes/Preescolar  Otro \_\_\_\_\_

*Propósito:* Para determinar que tan adecuadamente el alumno coordina el movimiento de su cuerpo, en actividades de ambos músculos grandes y pequeños; o para evaluar su capacidad perceptiva visual.

DESARROLLO DEL LENGUAJE/HABLA/COMUNICACION:  Patólogo(a) del habla-lenguaje  Especialista de Infantes/Preescolar  Otro \_\_\_\_\_

*Propósito:* Para determinar la capacidad del alumno para comprender, relacionarse y usar el lenguaje o el habla en forma clara y apropiada.

DESARROLLO INTELECTUAL:  Psicólogo(a)  Especialista de Infantes/Preescolar  Otro \_\_\_\_\_

*Propósito:* Para determinar que tan adecuadamente el alumno recuerda lo que ha visto o escuchado, que tan adecuadamente pueden usar esta información para resolver problemas, y ayudar a pronosticar el nivel de aprendizaje del alumno. Se pueden utilizar instrumentos orales o funcionales según sea apropiado.

EVALUACION DE SALUD:  Enfermera de escolar  Especialista de Infantes/preescolar  Otro \_\_\_\_\_

*Propósito:* Para evaluar estereotipos de desarrollo y estado de salud actual en lo que se refieren a su funcionamiento escolar.

VOCACIONAL/ PREVOCACIONAL:  Maestro(a) de educación especial  Psicólogo(a)  Otro \_\_\_\_\_

*Propósito:* Para determinar el interés del alumno o su aptitud en lo que se refieren a un trabajo futuro y las áreas para habilidades de la vida cotidiana.

OTRO/ALTERNATIVO: \_\_\_\_\_

Personal responsable: \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas, póngase en contacto con: \_\_\_\_\_

Nombre/Título

Fecha

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PATERNAL PARA LA EVALUACION DEL ALUMNO

Comprendo el propósito del Plan de Evaluación propuesto y he recibido una copia de mis Derechos Paternales. Autorizo el uso de un intérprete adecuado, o pruebas grabadas en el idioma principal de mi niño/a, como sea apropiado. Además entiendo que ningún programa educativo individualizado resultará de esta evaluación sin mi consentimiento. La casilla marcada a continuación indica mi decisión.

Sí, doy permiso para conducir la evaluación como se describe arriba y haré que mi hijo(a) esté disponible para ello. Comprendo que la evaluación no puede empezar hasta que se reciba una copia firmada de esta forma.

Yo  doy  no doy permiso al distrito escolar de cobrar la Opción LEA de Cobro de Medi-Cal por esta evaluación, si corresponde.

Cualquier ingreso de este programa es utilizado por el distrito para compensar los costos de proveer los servicios de educación especial. No afectará los beneficios individuales de su hijo/a.

Niego mi permiso.

Favor de considerar los siguientes reportes de la Evaluación Educativa Independiente como parte del proceso de evaluación \_\_\_\_\_

Favor de firmar y regresar, manteniendo una copia para sus archivos.

Padre/Tutor legal/Estudiante adulto/Persona actuando como padre (Especifique) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Para más información sobre la educación especial y sus derechos póngase en contacto con la oficina de educación especial de su distrito o visite la página web del SELPA del Condado de Ventura [www.venturacountyselfa.com](http://www.venturacountyselfa.com).