



Estimados padres/tutores legales:

Gracias por ponerse en contacto con la Unidad de Admisión al Prescolar (PIU) de Educación Especial para los Primeros Años (ECSE) del Distrito Escolar Unificado de San Francisco (SFUSD). Se le está enviando esta carta en respuesta a su solicitud de una evaluación ECSE para su hijo(a).

A fin de llevar a cabo nuestra evaluación, el SFUSD necesita que usted proporcione los siguientes documentos:

- Cuestionario relleno por los padres o la persona al cuidado del niño(a), (adjunto).
- Formulario con los comentarios del maestro (adjunto), **si** su niño asiste a un prescolar o guardería.
- Comprobante por escrito de los resultados de los exámenes de audición y visión (efectuados dentro de los últimos 12 meses).
- Copia de las evaluaciones efectuadas previamente a su hijo(a).
- Un (1) comprobante original de domicilio (por ejemplo: factura de PG&E, del agua o cable).
- Comprobante de la fecha de nacimiento del niño(a) (por ejemplo, certificado de nacimiento, registro del hospital). Si el documento no contiene el nombre de los padres o tutores legales, es necesario un comprobante de tutela adicional.
- Fotocopia del carnet de identidad del padre, madre o tutor legal

Una vez que se reciban estos documentos la Unidad de Admisión al Prescolar debe responder en un plazo de quince (15) días (incluyendo festivos y fines de semanas) con un Plan de Evaluación (AP) por escrito para su hijo(a) o una carta de Aviso Previo por Escrito (PWN) en la que se expliquen las razones por las que no se realizará una evaluación. Por favor, tenga en cuenta que este plazo no corre durante las vacaciones de verano, ni durante las vacaciones escolares que excedan más de cinco (5) días (por ejemplo, vacaciones de invierno).

El cuestionario que se incluye en este paquete y los documentos solicitados ayudarán a los evaluadores del SFUSD a conocer a su hijo(a), saber con exactitud sus preocupaciones y determinar si es necesario llevar a cabo una evaluación.

Por favor, rellene en su totalidad todos los documentos y envíelos por correo a:

SFUSD-Special Education Services
Prek Assessment Unit
1520 Oakdale Ave. Ground Floor
San Francisco, CA 94124



O por correo electrónico a: ECreferrals@sfusd.edu O por Fax al: (415) 920-5075, Attn: SPED- PreK Assessment Unit

Para su comodidad, en este paquete se incluye una lista de preguntas frecuentes (FAQ) relacionadas al proceso de evaluación. Si tiene alguna pregunta adicional sobre estos formularios o si necesita ayuda para rellenarlos, comuníquese con nuestra oficina al (415) 401-2525 x 1101.

Atentamente,
Distrito Escolar Unificado de San

Francisco Actualizado en octubre de 2018



1. En un plazo de quince (15) días, (incluyendo días festivos y fines de semanas) de recibir una derivación, el personal de evaluación revisará la solicitud y determinará la respuesta adecuada a la petición. Desarrollarán un plan de evaluación, indicando las áreas que se evaluarán y los instrumentos que utilizarán en la evaluación o le enviarán una carta (Aviso Previo por Escrito) explicando la razón por la que no se llevará a cabo una evaluación.
2. Si se desarrolla un plan de evaluación, este se enviará a los padres o tutores legales para que lo firmen. No se puede evaluar a ningún niño(a) sin el consentimiento de los padres y sin un plan de evaluación firmado.
3. En un plazo de sesenta (60) días (incluyendo días festivos y fines de semanas) de recibirse el Plan de Evaluación firmado, excepto en el periodo de verano y vacaciones escolares de más de cinco (5) días, se llevará a cabo una reunión del Plan de Educación Individual (IEP).

Preguntas más frecuentes

¿Quién llevará a cabo las evaluaciones?

La naturaleza y el área de preocupación descritas en su solicitud, determinará el tipo de evaluador(es) asignado(s). Este podría ser un psicólogo, terapeuta de lenguaje y habla ECSE, proveedor de servicios relacionados (por ejemplo, un terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc.) o cualquier combinación de estos evaluadores.

¿Qué sucede después de la evaluación?

Se notificará a los padres o tutor legal para que participen en una reunión del IEP. Dicha reunión se programará con la debida antelación a fin de garantizar que los padres o tutor legal puedan asistir.

¿Qué es una reunión del Plan de Educación Individual (IEP)?

Una reunión del IEP es donde la información recopilada de la evaluación, se explica, discute y utiliza para tomar decisiones sobre la educación de su hijo(a). La información sobre su niño(a) se utilizará para:

- *Determinar si su niño(a) reúne los requisitos para calificar a servicios de educación especial y servicios relacionados, y decidir si su niño(a) cumple con la definición de un "niño(a) con una discapacidad" bajo la Ley de Mejoramiento Educativo para Personas con Discapacidades (IDEIA).*



SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

- *Si su niño(a) califica para servicios de educación especial, se desarrollarán metas para ayudar a que su niño(a) se beneficie de la educación.*

Para obtener más información, visite nuestro portal de internet: www.sfusd.edu
(<http://www.sfusd.edu/en/programs-and-services/special-education/pre-school-special-education/services.html>)

Actualizado en octubre de 2018



Dear Parent/Guardian:

Thank you for contacting the San Francisco Unified School District (SFUSD), Early Childhood Special Education (ECSE) Preschool Intake Unit (PIU). This letter has been sent in response to your request for an ECSE assessment of your child.

In order to conduct our assessment, SFUSD requires you provide the following items:

- Completed Parent/Caregiver Questionnaire (attached).
- Completed Teacher Input Form (attached) **if** your child attends preschool or a childcare facility.
- Written verification of hearing and vision screening results (must be completed within the last 12 months).
- Copies of any previously completed assessments of your child.
- One (1) original proofs of residency (example: PG&E bill, water bill, or cable bill).
- Verification of child's birth date (ex. Birth Certificate, Hospital Record) If the document does not contain the Parent/Guardian name, additional guardianship verification is required.
- Parent/Guardian picture ID

Upon receiving these items the PIU must reply within fifteen (15) calendar days with a written Assessment Plan (AP) for your child, or Prior Written Notice (PWN) letter explaining why an assessment will not be conducted. Please note that this timeline does not apply during summer recess, or school holidays exceeding five (5) days (e.g. winter break).

The questionnaire included in this packet and requested documents will help the SFUSD assessors get to know your child, accurately address your concerns, and determine any assessment needs.

Please complete in full and mail all documents to:

SFUSD: Special Education Services
PreK Assessment Unit
1520 Oakdale Ave. Ground Floor
San Francisco, CA 94124

Or Email to: ECreferrals@sfusd.edu Or Fax to: (415) 920-5075 Attn: SPED- PreK Assessment Unit

For your convenience, a list of frequently asked questions (FAQ) addressing the assessment process is included in this packet. If you have any additional questions about these forms or need assistance filling them out please contact our office at (415) 401-2525 x1101.

Sincerely,
San Francisco Unified School District



1. Within fifteen (15) calendar days of receipt of a referral, assessment staff will review the referral request and determine the appropriate response to the request. They will either develop an Assessment Plan stating areas to be assessed, or they will send a letter (Prior Written Notice) explaining why an assessment will not be conducted.
2. If an Assessment Plan is developed, it will be sent to the parent/guardian for signature. No child can be assessed without parental permission and a signed plan.
3. Within sixty (60) calendar days of receipt of the signed Assessment Plan, excluding summer and school holidays of more than five (5) days, an assessment will be conducted and an Individualized Education Program meeting (IEP) held.

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS (FAQ)

Who will conduct assessments?

The nature and area of concern outlined in your request will determine the type of assessor(s) assigned. This could be an ECSE Psychologist, Speech-Language Pathologist, related service provider (e.g. Occupational Therapist, Physical Therapist, etc.), or any combination of these assessors.

What happens after the assessment?

The parent/guardian will be notified to participate in an IEP meeting. The IEP meeting will be scheduled to ensure the parent/guardian can attend.

What is an IEP meeting?

An IEP meeting is where Information gathered from the assessment is explained, discussed, and used to make decisions about your child's education. Information about your child will be used to:

- *Determine if your child is eligible for special education and related services and/or decide if your child meets the definition of a "child with a disability," under the Individuals with Disabilities Education Improvement Act (IDEIA).*
- *If your child is eligible for Special Education Services, goals will be developed to assist your child in receiving an educational benefit.*

For more information please visit our website: www.sfusd.edu
(<http://www.sfusd.edu/en/programs-and-services/special-education/pre-school-special-education-services.html>)



SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

Cuestionario para los padres/la persona encargada del cuidado
Parent/Caregiver Questionnaire

Fecha/ Date: _____ Rellenado por/ Questionnaire Completed by: _____

¿Contó con la ayuda de otra persona para rellenar este formulario? Sí (Yes) / No

(Did another person assist you when completing this form?)

En caso afirmativo, por favor, escriba el nombre y el parentesco con el niño: _____

(If yes, please list Name and relationship to child)

Nombre legal completo del niño: _____ / _____

(Child's Full Legal Name)

Primer Nombre/First

Apellido/Last

Apodo/Child's Nickname: _____ Sexo/Gender (marque/Check): Masculino/ Male Femenino/Female

Fecha de nacimiento del niño: Mes (Month) _____ / Día (Day) _____ / Año (Year) _____

(Child's Date of Birth)

Origen étnico del niño (enumere todos los que correspondan): _____

(Child's Ethnicity (List all that apply))

Motivo de la derivación: _____

(Reason for referral)

Persona encargada del cuidado N.º 1/ Caregiver #1

Padres (Parent)/ Abuelos (Grandparent)/ Tutor (Guardian)/ Padres adoptivos (Adoptive Parent)/ Otro (Other) _____

Nombre/ Parent: _____ ¿Es este el domicilio principal del niño? Sí (Yes) / No

(Is this the child's primary residence?)

Domicilio/Address: _____ N.º de apto/Apt.#: _____ Código postal/Zip: _____

N.º de teléfono principal: _____ Marque (Check): Hogar(Home) / Celular(Cell) / Trabajo(Work)

(Best Phone to call)

Dirección de correo electrónico o N.º de teléfono adicional: _____

(Email Address/Other Phone)

Marque (Check): Hogar(Home) / Celular(Cell) / Trabajo(Work)

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos? Teléfono / Correo electrónico/ Sin preferencias

(How do you preferred to be contacted?)

(Telephone)

(Email)

(No preference)

Persona encargada del cuidado N.º 2/ Caregiver #2

Padres (Parent)/ Abuelos (Grandparent)/ Tutor (Guardian)/ Padres adoptivos (Adoptive Parent)/ Otro (Other) _____

Nombre/ Parent: _____ ¿Es este el domicilio principal del niño? Sí (Yes) / No

(Is this the child's primary residence?)

Domicilio/Address: _____ N.º de apto/Apt.#: _____ Código postal/Zip: _____

N.º de teléfono principal: _____ Marque (Check): Hogar(Home) / Celular(Cell) / Trabajo(Work)

(Best Phone to call)

Dirección de correo electrónico o N.º de teléfono adicional: _____

(Email Address/Other Phone)

Marque (Check): Hogar(Home) / Celular(Cell) / Trabajo(Work)

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos? Teléfono / Correo electrónico/ Sin preferencias

(How do you preferred to be contacted?)

(Telephone)

(Email)

(No preference)



Encuesta del idioma en el hogar/Home Language Survey

¿En qué idioma hablan los adultos más frecuentemente en el hogar? _____

(What language do the adults use most frequently at home?)

¿En qué idioma habla usted más frecuentemente para dirigirse a su hijo? _____

(What language do you use most frequently to speak to your child?)

¿Cuál fue el primer idioma que su hijo aprendió cuando empezó a hablar? _____

(What language did your child first learn when s/he began to talk?)

¿En qué idioma habla su hijo más frecuentemente en el hogar? _____

(What language does your child use more frequently at home?)

¿Cuál es su idioma preferido para la comunicación escrita entre el hogar y el SFUSD? _____

(What is your preferred language for written communication between home and SFUSD?)

¿Cuál es su idioma preferido para la comunicación oral entre el hogar y el SFUSD? _____

(What is your preferred language for verbal communication between home and SFUSD?)

Miembros de la familia/Members of Household

Nombre/Name Parentezco con el niño/Relationship to Chile Edad/ Age Ocupación/Occupation

Información de prekindergarten/preescolar/centro de cuidado infantil/Prekindergarten/Preschool/Childcare Information:

¿Asiste su hijo a una escuela, una guardería, o alguna otra actividad de grupo regular con otros niños (por ejemplo, grupo de juego, clase de gimnasia, etc.)? (Does your child attend a school, childcare facility, or any other regularly scheduled group activity with other children (e.g. play group, gym class, etc.)?)

Sí, por favor, explique a continuación/Yes, please specify below **No**

Nombre de la escuela/programa: _____ **Fecha de inicio:** _____

(School/Program Name)

(Start Date)

Dirección: _____

(Address)

Maestro: _____

(Teacher)

N.º de teléfono: _____

(Telephone Number)

Días/horas: _____

(Days/Times)

Escuelas/guarderías (Al final del formulario hay espacio adicional) _____

(Previous Schools/Childcare (See end of form for additional space))

Información de nacimiento/parto:

Duración del embarazo/Length of Pregnancy: _____ **Peso al nacer/Birth Weight:** _____

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo? **Sí, por favor, explique a continuación** **No**

(Any complications during pregnancy?)

¿Hubo alguna complicación durante el parto? **Sí, por favor, explique a continuación** **No**

(Any complications during delivery?)



¿Hubo alguna complicación después del nacimiento? Sí, por favor, explique a continuación No
(Any complications after birth?)

Objetivos importantes de desarrollo/Developmental Milestones:

(Indique la edad en que el niño alcanzó objetivos importantes de desarrollo, o si “todavía no” los alcanza)
(Indicate the age at which your child achieved the following milestones, or indicate “Not Yet”)

Motricidad gruesa: Sentarse erguido/a: _____ **Gatear:** _____ **Caminar independientemente:** _____
(Gross Motor) (Sat Upright) (Crawl) (Walk Independently)

Motricidad fina: Agarrar objetos pequeños: _____ **Comer por su cuenta:** _____ **Sostener el biberón:** _____
(Fine Motor) (Pinch Small Objects) (Self-feed) (Hold Bottle)

Comunicación: Primeras palabras: _____ **Combinar dos o más (2+) palabras:** _____
(Communication) (First Words) (Combining two or more (2+) words)

Ir al baño: Durante el día: _____ **Por la noche:** _____
(Toilet Training) (Day) (Night)

Información médica/de la salud/ Medical/Health Information:

¿Existe un historial de enfermedades, accidentes y/u hospitalizaciones? Sí, por favor, explique No
(Is there a history of illness, accidents, and/or hospitalizations?)

¿Padece su hijo un trastorno, retraso o condición especial que haya sido diagnosticado?

(Does your child have a diagnosed disorder, delay or special condition?)

Sí, por favor, explique No

¿Cuándo fue el último chequeo médico de su hijo? _____

(When was your child’s last physical examination?)

¿Quién es el médico de cabecera de su hijo? _____

(Who is your child’s primary physician?)

Teléfono/ Telephone: _____ **Dirección/ Address:** _____

¿Aprobó su hijo la prueba de audición para recién nacidos? Sí No

(Did your child pass the Newborn Hearing Screening?)

¿Ha padecido el niño de infecciones de oído? Sí-¿Cuántas infecciones?/Yes-How many? _____ No

(Has your child experienced ear infections?)

¿Qué tratamiento recibió para estas infecciones de oído? _____

(How were the ear infections treated?)

¿Se le insertaron tubos de timpanostomía? Sí- ¿Cuándo?/Yes-When? _____ No

(Have PE Tube been placed?)

Fecha y lugar del examen/prueba de audición más reciente: _____

(Date and location of most recent hearing screening/test)

Resultados/Results _____

Fecha y lugar del examen/prueba de visión más reciente: _____

(Date and location of most recent vision screening/test)

Resultados/Results _____



SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

*** Por favor proporcione una verificación por escrito de los resultados de la evaluación de audición y visión si la audición y / o visión de su hijo se han evaluado en los últimos 12 meses. ***

(*Please provide written verification of hearing and vision screenings results if your child's hearing and/or vision have been tested within the last 12 months.*)

Información adicional / Additional Information:

¿Tiene una dieta especial/restricciones alimenticias?: *Sí, por favor, explique a continuación* *No*
(Does your child have a special diet or any food restrictions?)

¿Se chupó el dedo pulgar, usó chupete o biberón?:

(Did your child use a pacifier or bottle? Did your child suck his/her thumb?)

Sí, por favor, explique a continuación (Edad a la que dejó de hacerlo/Aged stopped: _____) *No*

¿Sufre su hijo de alergias? *Sí, por favor, explique a continuación* *No*
(Does your child have any allergies?)

¿Sufre su hijo de Asma?: *Sí, por favor, explique a continuación* *No*
(Does your child have asthma?)

¿Ha sufrido su hijo alguna lesión en la cabeza?: *Sí, por favor, explique a continuación* *No*
(Has your child experienced any head injuries?)

¿Se le han hecho pruebas genéticas a su hijo?: *Sí, por favor, explique a continuación* *No*
(Has your child undergone any genetic testing?)

¿Usa su hijo algún equipo especializado (por ejemplo, caminador, silla de ruedas, asientos adaptados, dispositivo de salida de voz, etc.)? *Sí, por favor, explique a continuación* *No*
(Does your child use any specialized equipment (e.g. Walker, wheelchair, adaptive seating, voice output device, etc.)?)

¿Hay un antecedente familiar, o tienen algún familiar dificultades de aprendizaje, retrasos en el desarrollo o problemas de salud mental? *Sí, por favor, explique a continuación* *No*
(Is there a family history of or have any family members had learning difficulties, developmental delays or mental health concerns?)

Información adicional/other information: (*describa/describe*) _____

Descripción de su hijo/Description of your child:

De bebé, mi hijo era/As a baby my child was (marque todo lo que corresponda/ Check all that apply):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Era muy activo/ Very active | <input type="radio"/> Era muy callado/ Very quiet | <input type="radio"/> Era difícil de consolar/
Hard to comfort |
| <input type="radio"/> Era fácil de consolar/
Easy to comfort | <input type="radio"/> Tuvo cólicos/ Had colic | <input type="radio"/> Era difícil de |
| <input type="radio"/> Era tímido/ Shy | <input type="radio"/> Era amigable/ Friendly | <input type="radio"/> alimentar/amamantar/
Hard to feed/nurse |
| <input type="radio"/> Tenía dificultad para dormir/
Trouble sleeping | <input type="radio"/> Lloraba más que la mayoría de
los bebés/
Cried more than most babies | <input type="radio"/> Era tranquilo/ Easy going |

De niño/a de corta edad/preescolar, mi hijo/a era/es/As a toddler/preschooler my child was/is:

(marque todo lo que corresponda/ Check all that apply):

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Era muy activo/ Very Active | <input type="radio"/> Era tímido/ Shy |
| <input type="radio"/> Lloraba mucho/ Cries a lot | <input type="radio"/> Le costaba dormirse/ Trouble sleeping |
| <input type="radio"/> Era tranquilo/ Easy going | <input type="radio"/> No le interesaban los juguetes/
Not interested in toys |
| <input type="radio"/> Era muy callado/ Very quiet | <input type="radio"/> Aprendió a hablar fácilmente/
Learned to talk easily |
| <input type="radio"/> Era amigable/ Friendly | <input type="radio"/> Le costaba/le cuesta aprender a hablar/
Learning to talk was/is difficult |
| <input type="radio"/> Le interesaban los demás niños/
Interested in other children | <input type="radio"/> No le interesaban los demás niños/personas/
Not interested in other children/people |
| <input type="radio"/> Miraba las ilustraciones de los libros/
Looks at pictures in books | |

Mi hijo/a demuestra una dificultad inusual para/ My child shows unusual difficulty with:

(marque todo lo que corresponda/ Check all that apply)



SFUSD SAN FRANCISCO PUBLIC SCHOOLS

Expresar ideas/deseos/necesidades/
Expressing ideas/wants/needs

Brincar/saltar/ Skipping/hopping

Montar en bicicleta/triciclo/ Riding a bike/trike

Separarse de los padres/ Separating from parents

Interactuar con compañeros/ Interacting with peers

[Tiene] rabietas excesivas/ Excessive temper tantrums

Agarrar un lápiz/pintura/rotulador/
Grasping a pencil/crayon/marker

Aletea las manos/ Hand flapping

Aprender a hablar/ Learning to talk

Hablar [sin claridad] / Unclear speech

Seguir instrucciones/ Following directions

Caminar/ Walking

Se golpea la cabeza/ Head banging

Vestirse por su cuenta/ Dressing self

[Tiene] temores extremos/ Extreme fears

Comer por su cuenta/ Self-feeding

Lanzar/agarrar al vuelo una pelota/
Throwing/catching a ball

Se molesta fácilmente con los ruidos/
Easily upset by noises

Está en su propio mundo/ Being in own world

Le interesan ciertos juguetes/
Interested in particular toys

[Demuestra] comportamientos repetitivos/
Repetitive behaviors

Se enoja fácilmente con el cambio en la rutina/
Easily upset by change in routine

[Demuestra] movimientos corporales inusuales/
Unusual body movements

Otras observaciones y detalles/ Other observations or details: **(describe/** Describe) _____

Las fortalezas de mi hijo/ My child's strengths: _____

Los intereses/juguetes preferidos/actividades de mi hijo/ My child's interests/favorite toys/activities: _____

¿Durante cuánto tiempo permanece su hijo realizando/prestando atención a una actividad?/

How long does your child stay with/pay attention to an activity?:

Lo que me preocupa sobre mi hijo/ Things that concerns me about my child: _____

¿Ha sido evaluado su hijo anteriormente?/ Has your child ever been evaluated before?

Tipo de Evaluación
(Evaluation Type)

Nombre del Evaluador /Agencia
(Name of Evaluator/Agency)

Evaluación/ Fecha del informe
(Evaluation/Report Date)



SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

¿Recibe/recibió su hijo/a algún servicio de terapia/intervención (terapia ocupacional [OT], fisioterapia [PT], terapia del habla y lenguaje [SLP], análisis de comportamiento aplicado [ABA], conductual, etc.)?/

Does/did your child receive any therapy/intervention services (OT, PT, SLP, ABA, Behavioral, etc.)?

Tipo de terapia/intervención

Proveedor

Fechas de los servicios

(Type of therapy/intervention)

(Provider)

Dates of service

Por favor, proporcione copias de las evaluaciones e informes de progreso de los servicios de terapia actual de su hijo

Please provide copies of evaluations and progress reports for your child's current therapy services and any previous evaluations

¿Quiere mencionar algo más sobre su hijo/a?/Is there anything else you'd like us to know about your child?

Espacio adicional (Por favor, indique el número de la página y la sección del formulario correspondiente)

Additional Space (Please indicate page number and which section of form is referenced)



SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

(CONSENT TO RELEASE CONFIDENTIAL INFORMATION)

Por la presente, autorizo el intercambio de información con respecto a (I hereby authorize the exchange of information regarding):

Nombre del niño/Child's Name: _____ Fecha de nacimiento /DOB: _____

Yo, _____ (escriba su nombre en letra de molde) doy mi consentimiento para que los proveedores señalados con mis iniciales a continuación compartan información pertinente con respecto a mi hijo con el Distrito Escolar Unificado de San Francisco.

(I, _____ (print your name) give permission to providers checked off below to share pertinent information regarding my child with the San Francisco Unified School District.)

(Señale cualquier y toda organización correspondiente/Indicate or fill-in any and all appropriate agencies)

Golden Gate Regional Center
1355 Market Street, #220
San Francisco, CA 94103

California Children Services
30 Van Ness Ave. Ste. 210
San Francisco, CA 94102

CA Pacific Medical Center
3700 California Street
San Francisco, CA 94118
415-750-6200

SF Dept. of Human Services
PO Box 7988
San Francisco, CA 94103

Chinatown Child Dev. Ctr.
720 Sacramento Street
San Francisco, CA 94108

Kaiser Permanente
350 St. Joseph Street
San Francisco, CA
Fax: 415-883-3071

SF Easter Seal Society
95 Hawthorne
San Francisco, CA 94105

Infant Parent Program
SFGH Bldg. 9
2550 23rd Street, RM 130
San Francisco, CA 94110

SF General Hospital
1001 Potrero Ave.
San Francisco, CA 94110

SF Hearing & Speech Ctr.
1234 Divisadero Street
San Francisco, CA 94115

Family Development Ctr.
2730 Bryant Street
San Francisco, CA 94110

St. Luke's Hospital
3555 Cesar Chavez
San Francisco, CA 94110

Support for Families
2601 Mission Street, Ste. 606
San Francisco, CA 94110

UCSF Hospital
400 Parnassus Ave. RM A67
San Francisco, CA 94143

Multidisciplinary Assessment
Center (MDAC)
SF General Hospital
1001 Potrero Ave.
San Francisco, CA 94110

Director/maestro del centro de
cuidado infantil/escuela
Childcare/School/Principal/Teacher
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/código postal: _____
Teléfono: _____

Children's Council of SF
445 Church Street
San Francisco, CA 94114

Otro/Other
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/código postal: _____
Teléfono: _____

Otro/Other
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/código postal: _____
Teléfono: _____

Médicos/Physicians
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/código postal: _____
Teléfono: _____

Se podrá revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a la dirección anterior. (This authorization may be revoked at any time upon presentation of written request to the address above.)



SAN FRANCISCO
PUBLIC SCHOOLS

Firma/Signature: _____

Fecha/Date: _____

Teacher/Care Provider Input Form (Formulario de Aportes del Maestro/Proveedor)

TO BE COMPLETED BY TEACHER/CHILDCARE PROVIDER

*** PARA SER LLENADO POR EL MAESTRO /PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL ***

Name of Child/Nombre del niño: _____ **Date of Birth**/Fecha de Nacimiento: _____

School/Center Name/Nombre de la escuela/centro: _____

Type of Program/Tipo de Programa: _____

(e.g. Child Care Center, Montessori, Play-Based Preschool, Pre-Kindergarten, etc.)

(Por ejemplo, centro de cuidado infantil, Montessori, Escuela preescolar basado en el juego, Pre-Kínder, etc.)

Language(s) used during instruction/Idioma (s) que se utiliza durante la enseñanza: _____

Name of person completing this form/Nombre de la persona que rellena este formulario: _____

Date/Fecha: _____

Number of children in class: _____
(Número de niños en la clase)

Adult-to-child ration in class: _____ / _____
¿Cuál es la tasa de adulto por niño en clase? (Adults) (Children)

How long have you worked with this child?/¿Cuánto hace que trabajar con este niño? _____

Please provide information on the child's strengths and challenges (if any) with regard to the following developmental domains.

Por favor proporcione información sobre las fortalezas y desafíos (de haberlos) con respecto a las siguientes áreas del desarrollo del niño.

Pre-Academics/Academics /Pre-académicos/Académicos: _____

Classroom Behavior/Participation /El comportamiento en clase/participación: _____

Communication /Comunicación: _____



Teacher/Care Provider Input Form (Continued) / Formulario de Aportes del Maestro/Proveedor (Continuación)

Daily Living Skills / Destrezas de la vida diaria: _____

Fine & Gross Motor / Destrezas motrices finas y gruesas: _____

Social/Emotional / Social/emocional: _____

Additional Comments / Comentarios adicionales: _____

Thank you for helping us better understand your student. / Gracias por ayudarnos a entender mejor su estudiante