



Distrito Escolar Unificado de San Francisco
Screening & Assessment
[Departamento de revisión y evaluación]
3045 Santiago Street
San Francisco, CA 94116
Teléfono: 415-759-2206

Estimados padres:

Ustedes han solicitado una evaluación al Distrito Escolar Unificado de San Francisco. Para poder proceder con su solicitud, por favor, proporcionen **dos** pruebas de residencia, tales como una factura de PG & E y del teléfono, así como una carta con su firma indicando su solicitud y documentando sus inquietudes.

Se adjunta un dossier de información que deberán completar para ayudar al personal de evaluación a abordar sus inquietudes. Por favor, proporcionen una copia del informe de calificaciones o certificado de estudios más reciente de su hijo/a y firmen el formulario de divulgación de información para permitir que el personal se comunique con el maestro/s, consejero o director [de la escuela] de su hijo/a.

El personal de evaluación les responderá por escrito documentando lo propuesto en un plazo de quince días civiles desde la recepción de este dossier, a excepción de vacaciones de verano y escolares que excedan los cinco días. Hemos incluido una lista de preguntas frecuentes.

Por favor, envíen toda la información a:

SFUSD, Special Education
Attn: Screening and Assessment Center
3045 Santiago Street
San Francisco, CA 94116

O por **Fax** al (415) 242-2528

Atentamente,

Oficina de revisión y evaluación
Servicios de Educación Especial

10 de diciembre de 2014

PLAZOS DE LA EVALUACIÓN

1. En un plazo de quince días civiles desde la recepción de una derivación, el personal de evaluación revisará la solicitud de derivación y determinará la respuesta adecuada a la misma. Desarrollará un Plan de evaluación indicando las áreas a evaluar y herramientas utilizadas durante la misma o enviará una carta explicando la razón por la que no se llevará a cabo una evaluación.
2. Si se desarrolla un Plan de evaluación, se enviará a los padres/tutor legal para que lo firmen. No se puede evaluar a ningún niño/a sin el consentimiento de los padres y un plan firmado.
3. En un plazo de **sesenta días civiles** desde la recepción del Plan de evaluación firmado, **excluyendo vacaciones de verano y escolares de más de cinco días**, se llevará a cabo una evaluación y se celebrará una reunión del Plan de Educación Individual (IEP).

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Quién responderá? La índole y el área de preocupación en la solicitud determinarán el tipo de consultor asignado, el cual puede tratarse de un psicólogo y/o un terapeuta del habla del distrito escolar.

¿Qué ocurre después de la evaluación? Se notificará a los padres/tutor legal para que participen en una reunión del Plan de Educación Individual (IEP). Se les notificará de la reunión con el tiempo suficiente para garantizar que los padres/tutor legal puedan asistir.

¿Qué es una reunión del IEP? En una reunión del IEP se explica, discute y utiliza la información recopilada durante la evaluación para tomar decisiones sobre la educación de su hijo/a. Toda la información sobre su hijo/a se utilizará para:

- Decidir si su hijo/a reúne los requisitos para los servicios de educación especial y relacionados (decidir si se define a su hijo/a como un "niño/a con una discapacidad"), bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA).
- Si su hijo/a reúne los requisitos para los Servicios de educación especial, se desarrollarán metas para ayudar a su hijo/a a beneficiarse de la educación.

¿Quién asistirá al IEP? El equipo del IEP incluye:

1. Un administrador/designado administrativo
2. Los padres/tutor legal del alumno/a
3. El asesor/es o personal cualificado para interpretar los resultados de la evaluación
4. El maestro del alumno/a
5. El alumno/a, si es mayor de 14 años de edad

Si mi hijo/a tiene una discapacidad pero asiste a una escuela privada, ¿puede recibir servicios del Distrito Escolar Unificado de San Francisco? Si se determina que un alumno/a que asiste a una escuela privada tiene una discapacidad, se le ofrecerá un programa en una escuela pública. El alumno/a debe asistir a una escuela del Distrito Escolar Unificado de San Francisco [SFUSD] para poder recibir los servicios.

¿Qué servicios están disponibles y en qué escuelas?

- Todas las escuelas del SFUSD cuentan con un terapeuta del habla y lenguaje y un especialista en recursos didácticos entre su personal. Para obtener más información sobre las clases diurnas de educación especial que se ofrecen, visite: [www.sfusd.edu](http://portal.sfusd.edu/template/index.cfm?page=chief_academic.special_ed.progr_ams) (http://portal.sfusd.edu/template/index.cfm?page=chief_academic.special_ed.progr_ams)
- **Para obtener información adicional**, por favor, visite nuestra página web: [www.sfusd.edu](http://portal.sfusd.edu). (http://portal.sfusd.edu/template/index.cfm?page=chief_academic.screening.)

Distrito Escolar Unificado de San Francisco
Screening & Assessment
3045 Santiago Street
San Francisco, CA 94116
Teléfono: 415-759-2206

Se deberán enviar los siguientes documentos en un plazo de 10 días laborables con el fin de que el personal de evaluación responda a su solicitud.

1. Una carta firmada por usted en la que solicita una evaluación
2. Dos pruebas de residencia (dos facturas de servicios u otras facturas, estados de cuenta del seguro, etc.)
3. Padres / Tutores identificación con fotografía. (Si el documento no contiene el nombre del padre o tutor, se requiere la verificación tutela adicional)
4. Verificación de la fecha de nacimiento del alumno/a – **una copia** de uno de los siguientes documentos:
 - Partida de nacimiento
 - Expediente hospitalario
 - Acta de bautismo
 - Pasaporte
5. Formulario de consentimiento para la divulgación de información confidencial (adjunto)
6. Expediente escolar (adjunto)
7. Formulario de aportación del maestro (adjunto)
8. Una copia de cualquier evaluación previa que pueda haberse llevado a cabo
8. Informe de calificaciones del año escolar vigente y pasado para todos los alumnos y una copia del ****certificado de estudios si el alumno/a cursa en 11° o 12° grado**

Distrito Escolar Unificado de San Francisco
Screening & Assessment
3045 Santiago Street
San Francisco, CA 94116
Teléfono: 415-759-2206

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Por la presente, autorizo el intercambio de información con respecto a:

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____

Doy mi consentimiento para el intercambio de información con respecto a mi hijo/a entre el personal de evaluación del SFUSD y las siguientes personas:

Escuela/Maestro/s

Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
Dirección _____	Dirección _____	Dirección _____
Ciudad/código postal _____	Ciudad/código postal _____	Ciudad/código postal _____
Teléfono _____	Teléfono _____	Teléfono _____
Correo electrónico _____	Correo electrónico _____	Correo electrónico _____

Director/Decano/Consejero

Doctor

Proveedor de cuidado infantil

Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
Dirección _____	Dirección _____	Dirección _____
Ciudad/código postal _____	Ciudad/código postal _____	Ciudad/código postal _____
Teléfono _____	Teléfono _____	Teléfono _____
Correo electrónico _____	Correo electrónico _____	Correo electrónico _____

Se podrá revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a la dirección anterior.

Firma de los padres/tutor legal/alumno/a adulto/a

Fecha

Distrito Escolar Unificado de San Francisco
Screening & Assessment
3045 Santiago Street
San Francisco, CA 94116
Teléfono: 415-759-2206

Apellido del niño/a: _____

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Grado del niño/a: _____

Persona encargada del cuidado (por favor, encierre en un círculo):

Padres Tutor legal Abuelos Padrastrós Padres de acogida Padres adoptivos

Apellido y nombre de la persona encargada del cuidado: _____

Domicilio particular: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono laboral: _____ Correo electrónico: _____

Escuela actual: _____

Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____ Origen étnico: _____

Idioma hablado en el hogar: _____

¿Por qué está derivando a su hijo/a para las pruebas? ¿Qué inquietudes tiene sobre la educación de su hijo/a o su falta de progreso? _____

¿Qué edad tenía su hijo/a cuando se percató de sus problemas por primera vez? _____

¿Qué tipo de respuesta/s de índole académico desea obtener a través de la evaluación? _____

Estudio en el hogar/familiar y de desarrollo

Médico del niño/a _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fecha del último: chequeo médico _____ examen de audición _____ examen de visión _____

1. Miembro/s de la familia:

Nombre

Parentesco

Edad

Ocupación

Idioma/s hablado/s en el hogar: _____

2. Idioma preferido por el niño/a: _____

3. Duración del embarazo _____ Peso al nacer _____

Describe la salud prenatal y postnatal de la madre y la salud del niño/a al nacer y durante el primer mes:

4. ¿Hay alguna persona en su familia más cercana o lejana que haya tenido problemas de aprendizaje? En caso afirmativo, ¿quién? Describa los problemas que tuvo en la escuela _____

5. ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando empezó a hablar? ¿Palabras sueltas? _____ ¿Oraciones? _____

6. ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando empezó a gatear? _____ ¿A caminar? _____

7. Problemas de salud actuales o crónicos (por ejemplo, fatiga, asma, alergias, convulsiones, etc.) _____

8. ¿Está tomando su hijo/a algún medicamento actualmente? En caso afirmativo, tipo de medicamento _____

9. ¿Tiene inquietudes con respecto a su nutrición? _____

10. Historial de enfermedades, accidentes, hospitalizaciones: _____

11. Habla/lenguaje: (Comente con respecto a la capacidad del niño/a para hablar claramente, la calidad de la voz del niño/a, su nivel de comprensión y comunicación)

12. Desarrollo motriz: (Comente con respecto a la coordinación, torpeza persistente, preferencia del niño/a por actividades de motricidad gruesa o fina)

13. Problemas de audición/oído: ____ Sí ____ No. Problemas de visión u oculares: ____ Sí ____ No.

En caso afirmativo, explique: _____

Por favor, adjunte un examen actualizado de audición y visión de los últimos 12 meses, si está disponible.

En caso afirmativo, explique: _____

14. ¿Necesita su hijo/a llevar lentes o un audífono? _____

15. ¿Problemas para dormir? _____ ¿Problemas para ir al baño? _____

¿Problemas de peso? _____ ¿Hábitos nerviosos? _____

16. Describa cómo pasa el tiempo su hijo/a en el hogar. (¿Cómo juega?; ¿qué le gusta hacer?; ¿qué nivel de actividad presenta?; ¿le gusta jugar solo/a o con los demás?) _____

17. Describa la forma en la que interactúa o se comunica con sus hermanos, otros familiares y compañeros. ¿Tiene el niño/a dificultad para hacer o mantener amistades?; ¿es amigable, activo/a, agresivo/a, callado/a?; ¿se enoja fácilmente o tiene rabietas?

18. Describa los comportamientos adaptables del niño/a, por ejemplo, cuidado personal, responsabilidades en el hogar, autonomía en la comunidad. ¿Qué hace por su cuenta?; ¿se viste/desviste solo/a?; ¿va al baño?; ¿usa la cubertería al comer?; ¿cómo se comporta en las tiendas o en la calle con usted?

19. Describa cualquier trauma personal o malestar emocional en la vida del niño/a y cómo los padres opinan que esto puede haber afectado al niño/a. (Incluyendo temores, sentimientos o comportamientos; tendencias a desarrollar síntomas físicos y malhumor generalizado.)

20. ¿Qué técnicas o métodos han probado los padres para enseñar cosas nuevas al niño/a en el hogar? (Por ejemplo, ir en bicicleta, hacer la cama, preparar un pastel, jugar a la pelota, así como las tareas para hacer en casa). ¿Qué hacen los padres para ayudarle al niño/a a aprender y a recordar?

21. Describa las fortalezas de su hijo/a. _____

22. ¿Ha sido evaluado su hijo/a por otra organización? Por favor, proporcione el nombre y la dirección de la persona que realizó las pruebas. Asimismo, si es posible, incluya una copia de cualquier informe de evaluación que tenga. De ese modo, se evitara las continuas evaluaciones de su hijo/a y puede ayudar a acelerar el proceso.

23. ¿Ha repetido algún grado su hijo/a y, en ese caso, cuál? _____

24. Por favor, enumere todas las escuelas a las que ha asistido su hijo/a:

- a. Kindergarten: _____
- b. Primer grado: _____
- c. Segundo grado: _____
- d. Tercer grado: _____
- e. Cuarto grado: _____
- f. Quinto grado: _____
- g. Sexto grado: _____
- h. Séptimo grado: _____
- i. Octavo grado: _____
- j. Noveno grado: _____
- k. Décimo grado: _____
- l. Decimoprimer grado: _____

25. ¿Va a matricular a su hijo/a en un programa escolar del Distrito Escolar Unificado de San Francisco este año escolar?

Sí

No

26. Lista de verificación del habla y lenguaje (A completar si existen inquietudes con respecto al habla/lenguaje)

¿Ha recibido el niño/a terapia del habla previamente? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Habla el niño/a con fluidez en inglés? Sí ____ No ____

¿Cómo comunica el niño/a sus deseos y necesidades? _____

Comentarios: (Por favor, indique cualquier problema que, según usted, pueda haber afectado el proceso de aprendizaje del lenguaje del niño/a; por ejemplo, problemas familiares, ajuste cultural, etc.)

Marque las opciones que correspondan:

PRODUCCIÓN DEL HABLA

¿Pronuncia el niño/a sonidos de palabras de forma incorrecta?

¿Presenta el niño/a una calidad vocal inusual? (ronca, nasal, etc.)

¿Es su voz inusualmente aguda o grave?

¿Es su voz inusualmente alta o baja?

¿Repite el niño/a palabras/sílabas/sonidos excesivamente y/o a veces se detiene completamente?

COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE ORAL

¿Tiene el niño/a dificultad para entender y aplicar instrucciones orales?

¿Tiene el niño/a dificultad para recordar información oral?

EXPRESIÓN DEL LENGUAJE ORAL

¿Habla el niño/a en oraciones incompletas o gramaticalmente incorrectas que no se deban a variaciones dialectales o de adquisición del idioma inglés?

¿Cuenta el niño/a historias o acontecimientos de forma ilógica y desorganizada?

¿Tiene el niño/a dificultad para expresarse?

Sí

No

San Francisco Unified School District
Screening & Assessment
3045 Santiago Street
San Francisco, CA 94116
P. 415-759-2206 F. 415-242-2528
Teacher Input Form

Student _____ Date: _____

Teacher _____ Grade/Subject _____

Present Levels of Performance

	Excellent	Adequate	Needs Assistance Prompts/More Time	Needs Improvement
Attendance				
Is on time				
Work completion				
Ability to work independently				
Ability to follow written instructions				
Ability to follow verbal instructions				
Organization				
Homework				
Note-taking				

Small Groups: ☐ Works cooperatively ☐ takes leadership role ☐ Needs improvement

Large Groups: ☐ Works independently ☐ Participates in activities ☐ Needs improvement

Areas of academic strength _____

Areas of need _____

Current grade: A B C D F

Behavior

Positive behaviors and social interactions _____

Unacceptable behaviors _____

Does behavior impede learning? _____

Comments _____

Response to Intervention (RTI)

Please describe the research-based interventions that have been provided to address the students' areas of concern.

Please attach data tracking of the student's response to the interventions provided (e.g.; weekly testing, words read per minute, etc.).