

# Seattle Public Schools

## Adenda de Educación Especial

Fecha: \_\_\_\_\_ SPS ID #: \_\_\_\_\_

*Por uso de la oficina SOLAMENTE*

Service Center Contact \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Immediate placement/ "real time"      \_\_\_\_\_ Placement for next school year

### **Mensaje a los padres / tutores**

La información provista abajo nos ayudará a diseñar un programa apropiado para su niño. Gracias por tomar el tiempo para proporcionarnos información actual sobre las necesidades educacionales de su niño.

Nombre legal del niño

\_\_\_\_\_  
Apellido(s)

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre

\_\_\_\_\_  
Segundo Nombre

Nombre de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Relación al niño: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Indique cada área en el que su niño ha recibido servicio de educación especial.

\_\_\_ Lectura

\_\_\_ Escritura

\_\_\_ Matemáticas

\_\_\_ Comportamiento

\_\_\_ Habilidades Sociales

\_\_\_ Hábitos de estudio

\_\_\_ Comunicación/Terapia del habla

\_\_\_ Terapia Ocupacional/Fisioterapia

Tiempo estimado que su niño recibe los servicios de educación especial en las áreas indicados arriba.

\_\_\_ Medio día o menos (0 á 4 horas)

\_\_\_ Más que medio día (más que 4 horas)

\_\_\_ Ayuda especial para comunicación/terapia del habla y/o terapia ocupacional/fisioterapia

\_\_\_ No se

Describa el programa de educación especial de su niño (por ejemplo, ¿cuántos maestros y/o ayudantes hay en el salón de clase? ¿cuántos niños hay en la clase? ¿qué clase de cosas está aprendiendo su niño?).

¿Su niño tiene problemas físicos, emocionales o médicos?

Si su respuesta es sí, favor de describir:

¿Su niño toma algún medicamento actualmente?

Si su respuesta es sí, favor de describir:

¿Su niño tiene un "IEP" (Plan de Educación Individualizado) ahora?

Favor de describir otras preocupaciones que tiene con respecto a su niño (por ejemplo, necesidades de comportamiento, salud o instruccional).

# Educación Especial Paquete de Transferencia

## Consentimiento y autorización para compartir información de forma mutua

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre Legal del Niño

\_\_\_\_\_  
Apellido(s)

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre

\_\_\_\_\_  
Segundo Nombre

Por la presente autorizo el intercambio mutuo de información sobre el niño mencionado arriba, por el propósito de establecer elegibilidad y ubicación especial, entre la oficina de Traslado de Educación Especial en Seattle Public Schools y las escuelas que su niño ha asistido previamente en la lista abajo.

Nombre de la Escuela

Ciudad y Estado

Grado(s)

Fecha de Salida

Nombre de la Escuela	Ciudad y Estado	Grado(s)	Fecha de Salida

Entiendo que puedo revocar este consentimiento y autorización en cualquier momento a menos que ya se haya tomado acción basada en esta autorización. También entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información revelada.

Nombre del Padre / Tutor (en letra de molde)

\_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Please send records, including (a) academic and special education records, including IEPs; (b) educational/psychological evaluations; (c) vision/hearing and social/emotional evaluations; (d) medical history/present health status information; and (e) any other appropriate records AS SOON AS POSSIBLE to:

Seattle Public Schools  
Special Education Referral and Intake  
M/S 31-725 PO Box 34165  
Seattle, Washington 98124-1165

### GRACIAS

Please direct questions to Rochelle Fields at 206-252-0890 or e-mail at [rfields@seattleschools.org](mailto:rfields@seattleschools.org)