



SOLO PARA USO DE OFICINA
Fecha Recibida: _____

REFERENCIA PARA EL EQUIPO DE EVALUACIÓN MULTI-DISCIPLINARIO

ENVIADO POR: E-MAIL [CDHHE@ISDH.IN.GOV, LOBARTLETT@ISDH.IN.GOV, DSALAZAR@ISDH.IN.GOV] FAX [317-550-4873]

SERVICIO POSTAL [ISDH-CDHHE-Centro Para Personas Sordas o con Dificultades Auditivas, 2 N. Meridian Street, Indianapolis, IN 46204-3021]

***** POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS AREA DE ESTE FORMULARIO PARA QUE EL EQUIPO PUEDA PROCESAR MEJOR ESTA REFERENCIA *****

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Fecha de Referencia: Referido por: Padres/Guardián legal LEA/TOR Audiólogo Doctor Otro: _____

Profesor para sordos/dificultades de audición (TDHH): Maestra de Acta (TOR): * si es diferente de la maestra para Sordos/Dificultades Auditivas

LEA/TOR/TDHH Correo Electrónico: LEA/TOR/TDHH Número de Teléfono: LEA/TOR/TDHH Número de Fax:

Información incluida con la referencia: IEP/IFSP Audiograma(s) Evaluación de lenguaje o el habla Evaluación escolar Consentimiento del Centro Otro

Servicios Previos: Primeros Pasos/Intervención Temprana Terapia Privada _____ Otro _____ Otro _____

Ver Nota adjunta de IIEP (Re-)evaluación por razones por referencia y áreas de evaluación solicitadas; FECHA DE VENCIMIENTO (Línea de tiempo): _____ *
 Nota de IIEP, La (Re-) evaluación no fue generada.

REQUERIDO-Razón para referir (Por qué solicita servicios del Centro?): [sea específico]

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del Estudiante: Primer Nombre: Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F
Otro: _____

Distrito Escolar: Escuela asignada por arreglo Legal: Escuela de Servicio (donde va el niño a clases):

Tiene el niño/estudiante un IEP? Sí, él/ella tiene un IEP No, él/ella no tiene un IEP

Fecha de la Conferencia del caso: ¿Por qué?

STN#: Grado Escolar Actual: Elegibilidad Primaria (IEP): Elegibilidades Secundarias (IEP):

Nombres de los padres o guardián Legal:

Dirección: Ciudad: Condado: Código postal:

Número de teléfono de la casa o celular de los padres o guardián: Contacto alternativo (Nombre y # tel./E-mail): E-mail de los padres o guardián:
Miembro de la familia? Si NO Contacto Preferido: Si NO

Idioma que se habla en el hogar: Inglés ASL Español Otro: Idioma del estudiante: Inglés ASL Español Otro: _____

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EL EQUIPO DE EVALUACIÓN:

Reglas de Educación Especial de la Junta de Educación del Estado de Indiana, Artículo 7 www.in.gov/legislative/iac/T05110/A00070.PDF 511 IAC 7-32-60 LEA: La Agencia de Educación Local incluye corporaciones escolares, escuelas autónomas, escuelas operadas por el estado

* Espere de 6 a 8 semanas para completar el informe desde la fecha confirmada de evaluación, a menos que haya otra fecha de vencimiento acordada y documentada. Las fechas de evaluación se establecen aproximadamente de 3 a 6 meses a partir de la fecha que se reciben todos los documentos de referencia (formulario de referencia del centro, así como los registros educativos, médicos y de audiología del estudiante) para que el equipo del centro evalúe y planifique la evaluación solicitada