

Gardner Packard Children’s Health Center

3351 El Camino Real, Suite 100

Atherton, CA 94027

(650) 362-2500; fax 650-362-2584

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del director de la escuela o director de educación especial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distrito Escolar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion del distrito escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono/Fax del Distrito Escolar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RE: Referencia de la evaluación**

Estimado director/ra de educación especial, estoy escribiendo para referir al siguiente paciente para una evaluación para determinar la elegibilidad para educación especial y servicios relacionados.

Nombre del Niño/ ña: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me preocupa el desarrollo de este niño en las siguientes áreas:

* Logro Académico
* Desarollo Intelectual
* Desarrollo de Habla, Lenguaje, Comunicación
* Desarrollo Motor
* Social/ Emocional
* Comportamiento Adaptivo
* Impacto de la salud del niño en el rendimiento escolar
* Otro

Este niño ha sido diagnosticado con los siguientes problemas de salud o discapacidades:

* Nada
* TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)
* Autismo
* Otro

Las escuelas deben ubicar, identificar y evaluar a todos los niños con discapacidades desde el nacimiento hasta los 21 años. El mandato Child Find se aplica a todos los niños que residen dentro de un estado, incluidos los niños que asisten a escuelas privadas y públicas, niños con movilidad alta, niños migrantes, niños sin hogar y niños que son pupilos del estado. (20 U.S.C. 1412 (a) (3)) Esto incluye a todos los niños que se sospecha que tienen una discapacidad, incluidos los niños que reciben calificaciones aprobatorias y están "avanzando de un grado a otro". (34 CFR 300.111(c)) La ley no exige que los niños sean "etiquetados" o clasificados por su discapacidad. (20 U.S.C. 1412(a)(3)(B); 34 CFR 300.111(d)).

Conforme a la ley de California, los médicos pueden hacer referencias a los distritos escolares para evaluar a un niño para educación especial y servicios relacionados. (Cal Ed. Code § 56302 ("los procedimientos de identificación deben incluir métodos sistemáticos de utilización de referencias de alumnos de maestros, padres, agencias, profesionales apropiados y de otros miembros del público ". 5 Cal. Code of Regulations § 3021; y 20 U.S.C § 1412(a)(3), 34 C.F.R. Part 300.111.)

En consecuencia, solicito que el Distrito Escolar realice una evaluación completa de este niño, incluida una evaluación específica relevante a las inquietudes mencionadas anteriormente..

También estoy solicitando que este niño sea evaluado bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 por la presencia de cualquier necesidad de servicio educativo que requiera cualquier acomodación o modificación del programa no disponible bajo educación especial, o si mi paciente no es elegible para especial educación. También solicito que el Coordinador de la Sección 504 para su distrito escolar esté presente en la reunión inicial del IEP para analizar los resultados y las recomendaciones de la evaluación de la Sección 504.

Por favor, envíe un plan de evaluación a la familia de este niño a la dirección que figura a continuación dentro de los 15 días posteriores a esta solicitud.

Gracias por su pronta atención a este asunto.

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PETICIÓN/ CONSENTIMIENTO DE PADRE O TUTOR:**

Estoy de acuerdo con las preocupaciones mencionadas anteriormente y solicito que el distrito escolar complete una evaluación completa para determinar la elegibilidad de mi hijo para los servicios de educación especial. También solicito que mi hijo sea evaluado bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 por la presencia de cualquier necesidad de servicio educativo que requiera cualquier adaptación o modificación del programa no disponible en educación especial o si mi hijo no es elegible para educación especial.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre/ tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Codigo Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero Telefonico : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_