Your Letterhead

### INFORME DE EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL

**SELPA del Condado de Ventura**

Nombre del Estudiante: Click here to enter text. F.d.N.: Click here to enter text. Edad: Click here to enter text. Años: Click here to enter text. Meses Click here to enter text.

Escuela: Click here to enter text. Grado: Click here to enter text. Sexo: Masculino Femenino

Gerente de Caso: Click here to enter text. Fecha(s) de Evaluación: Click here to enter text.

Nombre(s) de Padre(s): Click here to enter text. Tipo de Informe: Inicial Tres Años

Domicilio: Click here to enter text.

Click here to enter text.

(Calle y Número, Cuidad, Código Postal

Teléfono: Casa Click here to enter text. Trabajo Click here to enter text. Celular Click here to enter text.

Los materiales y procedimientos se presentaron en la lengua materna del estudiante/modo de comunicación en una forma más probable de producir información exacta sobre lo que el niño sabe y puede hacer académicamente, en el desarrollo y funcionalmente. If not, explain

Evaluación(es) administrada(s) en ingles.

**Razón de la Referencia:**

Click here to enter text.

## Información de Antecedentes Pertinente a este Informe:

Información del ambiente, cultural, e económica: Click here to enter text.

Información de la salud y del desarrollo: Click here to enter text.

Antecedentes Educativos: Click here to enter text.

## Observaciones del Comportamiento:

Observaciones en el salón y otros escenarios apropiados, incluyendo la relación del comportamiento con el funcionamiento social y académico del estudiante: Click here to enter text.

Comportamiento durante esta evaluación, incluyendo la relación del comportamiento a la fiabilidad de los resultados de la evaluación actual: Click here to enter text.

**Información de la Evaluación**

Revisión de las fuentes de datos: (Check or indicate “NA”)

Choose an item. Archivo cumulativo Choose an item. Resultados Estatales del Programa de Examines y Reportes Estandarizados (STAR)

Choose an item. Muestras de trabajo Choose an item. Progreso hacia las Metas

Choose an item. Informes de evaluación existentes: (dentro de tres años listar abajo)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha | Tipo | Evaluador |
| Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |

Choose an item. Entrevista con el padre Choose an item. Encuesta o entrevista del Maestro/a

Choose an item. Otras fuentes de datos Click here to enter text.

Resumen de los datos existentes (si es pertinente):

Nuevas Evaluaciones Administradas: (List all)

Bajo la edición actual de la Guía para la Terapia Ocupacional y Terapia Física en Escuelas Públicas de California, el uso de evaluaciones funcionales, basadas en el currículo es altamente recomendable. Observaciones realizadas por un profesional cualificado, entrevistas con aquellos que están familiarizados con el niño (especialmente los padres, maestros y otros profesionales que prestan servicios), y hojas de trabajo en comparación con sus pares de edad equivalentes son considerados instrumentos de evaluación adecuados.

(Either describe each assessment in this section, or include description of assessments in results below)

**Resultados de la Evaluación:**

|  |
| --- |
| **Motricidad de los Músculos Finos:** |
| No es un área de discapacidad que se sospecha |
| **Motricidad de los Músculos Grandes:** |
| No es un área de discapacidad que se sospecha |
| **Autosuficiencia:** |
| No es un área de discapacidad que se sospecha |
| **Proceso Sensorial:** |
| No es un área de discapacidad que se sospecha |
| **Visomotora:** |
| No es un área de discapacidad que se sospecha |

* El estudiante fue evaluado en todas las áreas de discapacidad sospechada relacionadas con esta disciplina.
* Todas las pruebas y los materiales incluyen aquellos diseñados para evaluar áreas específicas de necesidad educativa.
* Todas las evaluaciones fueron seleccionadas y administradas para no ser discriminatorias por prejuicios raciales, culturales o sexuales.
* Cada evaluación se utilizó para el propósito para el cual fue diseñado y es válido y fiable.
* Cada instrumento fue administrado por personal capacitado e informado.
* Cada evaluación fue dada de acuerdo con las instrucciones de la prueba proporcionadas por el productor de las evaluaciones.
* Todas las pruebas fueron seleccionadas y administradas para asegurar la mejor producción de resultados que reflejan con precisión las habilidades del estudiante, no los impedimentos del estudiante, incluyendo habilidades de impedimentos sensoriales, manuales o del habla.

Explicación de alguno de los anteriores que no son pertinentes

**Resumen Total y Recomendaciones:**

Resumen de la evaluación, incluyendo los factores que afectan el desempeño educativo: Click here to enter text.

(Se requiere para las evaluaciones iniciales y de tres años)Los indicadores de posible discapacidad o discapacidad permanente:

Click here to enter text.

Recomendaciones para hacer posible que el estudiante participe y progrese en el currículo de educación general (o para un niño en edad preescolar, a participar en las actividades apropiadas): Give general suggestions for areas to address.

Posible necesidad de educación especial y servicios relacionados o adiciones o modificaciones a los servicios actuales necesarios para alcanzar las metas y participar en el currículo general/actividades apropiadas (incluye la base para la determinación de necesidad): Click here to enter text.

Necesidad de servicios especializados y equipo (necesario para la baja incidencia): Click here to enter text.

La decisión respecto a la provisión de educación especial y servicios relacionados específicos es la responsabilidad del equipo del IEP. El propósito de este informe es para proporcionar información para ayudar al equipo en tomar esa decisión.

Persona que completo este informe:

Click here to enter text. Click here to enter text. Click here to enter text.

Nombre Firma Título Fecha

Copia a:  Oficia del Distrito  Archivo Cumulativo  Gerente de Caso  Padre/Estudiante Adulto  Servicio(s) Relacionado(s)