**Your Letterhead**

### INFORME DE EVALUACION DE SORDO/DURO DE OIDO

**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

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. Lenguaje Principal: español

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.

Nivel de Lenguaje Ingles: Ingles Solamente Inicialmente con fluidez con domino del ingles Estudiante de ingles como segunda lengua - Inicial Preintermedio Intermedio Preavanzado Avanzado Reclasificado como un Estudiante que Domina el ingles (Preescolar solamente) Inicial Medio Posterior

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. Si no, explique Click here to enter text.

Evaluación(es) administrada(s) en español.

**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

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.

Resultados Audiológicos: Click here to enter text.

Nuevas Evaluaciones Administradas: (List all)

**Resultados de Evaluaciones:** Address each area or indicate “Not an area of suspected disability”

|  |
| --- |
| **Habilidad de discriminación Auditiva:** |
| No es un área de discapacidad que se sospecha |
| **Siguiendo Instrucciones Verbales:** |
| No es un área de discapacidad que se sospecha |
| **Memoria Auditiva y Secuencia:** |
| No es un área de discapacidad que se sospecha |
| **Escuchando los Detalles en un Mensaje:** |
| No es un área de discapacidad que se sospecha |
| **Habilidades de Escuchar el Vocabulario:** |
| No es un área de discapacidad que se sospecha |
| **Habilidades de Escuchar Gramaticales:** |
| No es un área de discapacidad que se sospecha |
| **Escuchando el Ruido de Fondo:** |
| No es un área de discapacidad que se sospecha |
| **Habilidades de Comprensión Auditiva en General:** |
| 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 Click here to enter text.

**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: Give general suggestions for areas to be addressed.

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)