

| | | | |
|--|----------|--|------------------|
| Información de la Disciplina (Adjunte copia de cualquier plan de comportamiento o contacto) | | | |
| Identifique los comportamientos exhibidos por el estudiante (marque todos los que apliquen) | | | |
| Pobre atención y concentración | | Cambia de una faena no completa a otra | |
| Seguido pierde cosas necesarias para la faena | | Interrumpe o se mete con otros | |
| Excesivamente alto/bajo nivel de actividad | | Dificultad trabajando con compañeros | |
| Dificultad siguiendo instrucciones | | Dificultad para permanecer sentado | |
| Se agita, se retuerce o parece inquieto | | Confrontación /agresivo | |
| Violaciones del código de vestir | | Se sale de clase sin permiso | |
| Trae ítems inapropiados a la escuela | | Otro | |
| En respuesta a estos comportamientos, que técnicas de manejo de comportamiento han sido atentadas? | | | |
| Resultados de estas técnicas: | | | |
| Ha sido suspendido este estudiante, expulsado o removido a DAEP durante el año escolar actual o previo? | | No | Sí (vea abajo) |
| Si SÍ, explique y adjunte copias de todas las referencias de disciplina (incluyendo aquellos que resultaron en otra disciplina que no sea suspensión, expulsión, o DAEP), y el reporte de PEIMS con días que fue removido. | | | |
| Intervención Temprana & Programas Alternativa (adjunte planes relevantes u otra documentación) ¿Qué tipos de esfuerzos han sido atentados para lograr las necesidades del estudiante? (marque todos los que apliquen) | | | |
| Sitio Alternativo / Aprendizaje | Titulo I | Escuela de verano | Dislexia |
| Programa ESL/Bilingüe | Tutoría | TAKS remediación | Dotado/Talentoso |
| Mentor | Otro | | |
| Si el estudiante recibió asistencia de intervención temprana pro el equipo del plantel (Equipo RtI), por favor adjunte planes creados por el estudiante y datos reunidos sobre la respuesta del estudiante. | | | |
| ¿Haga una lista de servicios o programas considerados y rechazados para este estudiante? Por que? | | | |
| ¿Ha sido elegible este estudiante a educación especial? | No | Sí, por favor adjunte despido ARD | |
| ¿Ha sido este estudiante referido a educación especial? | No | Sí, por favor adjunte elegibilidad ARD | |
| Medidas Mitigantes (Identifique cualquier medida mitigante actualmente en uso por el estudiante o proveído para beneficiar al estudiante. Marque todos los que apliquen, describa medidas en uso) | | | |
| Medicamento: | | | |
| Material medical, equipo, o aparatos: | | | |
| Aparatos de baja-visión (los cuales no incluyen lentes ordinarios o lentes de contacto): | | | |
| Protésicos incluyendo extremidades y aparatos: | | | |
| Aparato para escuchar e implantes cocleares u otro aparato para escuchar implantado: | | | |
| Aparatos de movilidad: | | | |
| Equipo y material para terapia de oxígeno: | | | |
| Tecnología de asistencia: | | | |
| Acomodaciones razonables: | | | |
| Ayuda auxiliar o servicios | | | |
| Comportamiento aprendido o modificaciones neurológicas adoptadas: | | | |

| Datos de Evaluación De Accesoría del Estado (TAKS) | | | | | | | | |
|--|-------------|-----------------|---------------|-------------|-----------------|---------------|-------------|---------------|
| TAKS Última Administración | | | TAKS Previa | | | TAKS Previa | | |
| Año escolar: | | | Año escolar: | | | Año escolar: | | |
| Materia | Pasó? (S/N) | Calif. a Escala | Materia | Pasó? (S/N) | Calif. a Escala | Materia | Pasó? (S/N) | Calif. Escala |
| Lectura | | | Lectura | | | Lectura | | |
| Matemáticas | | | Matemáticas | | | Matemáticas | | |
| Escritura | | | Escritura | | | Escritura | | |
| Ciencias Nat. | | | Ciencias Nat. | | | Ciencias Nat. | | |
| Ciencias Soc. | | | Ciencias Soc. | | | Ciencias Soc. | | |
| Inglés/LA | | | Inglés/LA | | | Inglés/LA | | |

| | | | |
|--|--------------------------------|------------------------|--|
| A través del tiempo, este estudiante tiene calificaciones de pruebas: (marque la caja apropiada) | | | |
| Han estado mejor cada año | Han estado casi igual cada año | Han sido peor cada año | |
| Bajaron de repente a la calif. ____ | Datos no disponibles | | |
| Comparado con el medio del distrito, las calificaciones de exámenes de este estudiante: (marque la caja apropiada) | | | |
| Han estado mejor cada año | Han estado casi igual cada año | Han sido peor cada año | |
| Medio del distrito no disponible | | | |

| | | | |
|--|----|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Información de Salud Persona que hace examen: | | | |
| Adjuntar información relacionado con cualquier orden del doctor, diagnóstico u evaluación perteneciente a discapacidad (ejemplo, reporte médico, reporte psicológico, ADD/ADHD información de diagnóstico, etc.) | | | |
| ¿Exhibe el estudiante signos de problemas mentales o salud? | | | |
| | No | Sí. Si sí, adjunte observaciones. | |
| ¿Hay necesidad para más asesoramiento o referencia de un problema médico? | | No | Sí (vea abajo) |
| Si más asesoramiento es necesario, por favor describa los nuevos datos necesarios. | | | |
| ¿Esta recibiendo el estudiante algún medicamento en la escuela? | | No | Sí, de la lista de medicamentos |
| ¿Requiere el estudiante equipo de adaptación o adaptación al plantel? | | No | Sí, adjunte la lista de necesidades |
| ¿Tiene el estudiante un impedimento físico o mental episódico? | | | |
| Si SÍ, por favor describa la condición, cuando y que tan seguido es activo, y su impacto en los estudiantes cuando activo. | | No | Sí |
| ¿Tiene el estudiante un impedimento físico u mental que esta en remisión? | | | |
| Si SÍ, por favor describa la condición, cuando esta activa, en que punto estuvo en remisión, y los impactos en los estudiantes cuando esta activo. | | No | Sí |

| | | | |
|--|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Visión Escriba el examen mas reciente: | | Fecha de examen: | |
| <i>(Examen de visión debe haber sido administrado dentro de un año del origen de la referencia)</i> | | | |
| Agudeza Visual antes de corrección: | Derecho _____ | Izquierdo _____ | |
| Agudeza Visual con la corrección: | Derecho _____ | Izquierdo _____ | |
| Interpretación de resultados: | | | |
| ¿Exhibe el estudiante alguna seña de salud o problemas médicos? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hay necesidad para mas asesoramiento del problema médico? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Si aun más asesoramiento es necesario, por favor describa que nuevos datos son necesarios. | | | |
| Como resultado del examen, hay alguna indicación de una necesidad para aun mas asesoramiento o ajuste? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ha sido recomendado algún tratamiento de seguimiento? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Escuchar Escriba el tipo del examen mas reciente: | | Fecha del examen: | |
| Resultados: | | | |
| Interpretación de resultados: | | | |
| Como resultado del examen, hay alguna indicación de la necesidad para aun mas asesoramiento o ajuste? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ha sido algún tratamiento de seguimiento recomendado? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |