

Educación Temprana RtI Registro de Estatus del Estudiante

Nombre de estudiante : _____ Estudiante ID : _____ Plantel: _____ Maestro: _____

☐ NIVEL I

Paso 1: Maestra de referencia provee una descripción del problema, datos/resultados de estrategias de diferenciación en Nivel I, resultados de evaluación, reporte completo de la información de Salud o Reportes de exámenes sobre la salud y Dental por el Sistema University Health System (estudiantes Head Start), portafolio muestras de trabajo del estudiante, registro de anécdotas, reporte iData portal, y otra documentación de apoyo pertinente. Si resultados del examen de oír y visión son sin conclusión o sugiere pérdida en cualquier área, una referencia al médico debe de ser hecha y los problemas resueltos o diagnosticados como condiciones permanente no corregibles.

Paso 2: El equipo da ideas de intervenciones/estrategias para tratar, o continuar con estrategias Nivel I.

Paso 3: Maestro de referencia selecciona y documenta las 3 intervenciones mas confiables y otros apoyos al alumno.

Paso 4: El equipo hace citas de seguimiento/ si apropiado.

Áreas Específicas de preocupación	Intervención/Apoyo al Estudiante
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Notas adicionales/Comentarios:

- OPCIONES: _____ Problema resuelto (Fecha: _____)
- _____ Proveer estrategias adicionales para implementación (Continuar en Nivel I) Si *segunda visita Nivel I, es de _____ a _____.*
- _____ El estudiante se mueve a Nivel II
- _____ El estudiante se mueve a 504 o proceso de referencia de educación especial (discapacidades otras a LD)
- Si aplicable, mover a junta Nivel III

Fecha de junta para **dar seguimiento** : _____

RtI MIEMBROS DE EQUIPO	Acuerdo	Desacuerdo	RtI MIEMBROS DE EQUIPO	Acuerdo	Desacuerdo
_____	_____	_____	*Maestro hacienda Referencia Requerido/Nombre	_____	_____
*Administrador Requerido/Nombre			_____		
_____			Prof. que Diagnostica/LSSP /Nombre		
*RtI Coordinador Requerido/Nombre			_____		
_____			Otro Profesional/Nombre		
Padre/Guardián Legal/Nombre			_____		
_____			Otro Profesional/Nombre		
Otro Profesional/Nombre			_____		

Fecha de junta para **dar seguimiento para 2ª visita Nivel I** Fecha: _____

RtI MIEMBROS DE EQUIPO	Acuerdo	Desacuerdo	RtI MIEMBROS DE EQUIPO	Acuerdo	Desacuerdo
_____	_____	_____	*Maestro hacienda Referencia Requerido/Nombre	_____	_____
* Administrador Requerido/Nombre			_____		
_____			Prof. que Diagnostica/LSSP /Nombre		
*RtI Coordinador Requerido/Nombre			_____		
_____			Otro Profesional/Nombre		
* Padre/Guardián Legal/Nombre			_____		
_____			Otro Profesional/Nombre		
Otro Profesional/Nombre			_____		

- OPCIONES: _____ Problema resuelto (Fecha: _____)
- _____ Estudiante se queda en Nivel I
- _____ Estudiante se mueve a 504 o a proceso de referencia de educación especial (Discapacidades otra a LD)
- Si aplicable, mover a junta Nivel III

Fecha de junta de seguimiento: _____

NOTA: Obtener Notificación de Intervención y/o Consentimiento de Padre Informado RtI Colección de Datos antes de mover a Nivel II.