



REVIEW OF NEW STUDENTS EVALUATIONS/RECORDS

Student's Last Name	Student's First Name	Student's Middle Name	Date of Birth Month_____ Day_____ Year_____
---------------------	----------------------	-----------------------	--

Did your child receive any of the following special services at his/her previous School?

YES	NO	PLEASE CHECK YES OR NO
		Speech and Language: (Did your child get pulled out of his/her general education classroom for help with Speech/language?)
		Autism: (Has your child been diagnosed with autism or asperger syndrome, was he/she assigned to a self-contained classroom?)
		Specific/Learning Disability Instruction: (Did your child receive math, reading or writing services from a resource teacher? Was he/she pulled out of the general education classroom for additional help?)
		Emotionally Disabled: (Was your child in a separate classroom because of his or her behavior?)
		Mild Intellectual Disability: (Was you child in a self-contained classroom who have Cognitive Disabilities?)
		Moderate Intellectual Disability: (Was your child in a self-contained classroom?)
		Occupational Therapy/Physical Therapy: (Did your child see a therapist who helped him/her with their fine motor skills or motor skills, i.e., holding a pencil, tying shoes, sitting correctly, walking, exercising muscles etc.)
		504 Plan: (Was/is your child on a 504 plan through the American with Disabilities Act?)
		Is your child receiving counseling as part of his/her special services?
		Does your child have a current Psychological Evaluation (MET report) and a Current IEP?

If the answer to any of the above questions is YES please provide the following information:

What is the name of your child's previous school? _____

What is the phone number of your child's previous school? _____

What is the name of your child's previous teacher? _____

Signature of Parent/Guardian: X _____ **Date:** Month _____ Day _____ Year _____

OFFICE USE:

This information has been placed in the following staff member's mailboxes:

School Psychologist ____ Special Ed Teacher ____ Speech Pathologist ____ District Office ____

Principal ____ Assistant Principal ____

Records have been given to the following staff members: Please check all that apply.

School Psychologist ____ Special Ed Teacher ____ Speech Pathologist ____

Date Records were Received: _____

OT / PT ____



REVISION DE NUEVO ESTUDIANTE EVALUACION/ARCHIVOS

Apellido del Estudiante	Nombre del Estudiante	Segundo Nombre del Estudiante	Fecha de nacimiento Mes _____ Día _____ Año _____
-------------------------	-----------------------	-------------------------------	--

Marque si su niño/a recibió algunos de los siguientes servicios especiales su escuela anterior:

SI	NO	Por favor seleccione Sí o No
		Habla y Lenguaje: (¿Fue su niño/a sacado de un salón regular para recibir ayuda con su habla/lenguaje?)
		Autismo: ¿Ha sido diagnosticado su niño(a) con autismo o síndrome asperger, fue asignado él/ella a una clase contenida?
		Instrucción de Impedimento de Aprendizaje Específico: (¿Su niño/a recibió clases de matemáticas, lectura, o lenguaje de un maestro por separado? ¿Fue el sacado de un salón regular para recibir ayuda adicional?)
		Impedimento Emocional: (¿Estuvo su hijo/a en un salón por separado para niños con aprendizaje muy lento?)
		Ligeramente Mentalmente Invalido: (¿Estuvo su niño/a en un salón por separado para niños con aprendizaje muy lento?)
		Moderadamente Mentalmente Invalido: (¿Estuvo su niño en un salón por separado para niños quienes necesitaban mas enseñanza con habilidades funcionales, ejemplo: habilidades de aprendizaje personal, cepillarse el cabello, cocinar, etc.?)
		Terapia ocupacional/Terapia Física: (¿Vio su niño/a alguien quien le ayudara con sus habilidades motores, ejemplo: sostener un lápiz, amarrarse los zapatos, sentarse correctamente, caminar, ejercitar los músculos, etc. ?)
		Plan 504: ¿ Ha estado/Esta su niño (a) en un plan 504 por el Acto de Discapacidades Americano?
		¿Esta su niño/a recibiendo conserjería como parte de sus Servicios Especiales?
		¿Tiene su niño/a actualmente una Evaluación Psicológica y un actual Plan Educativo Individualizado?

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas arriba es sí, por favor facilite la siguiente información:

¿Cuál es el nombre de la escuela que su niño/a asistió anteriormente? _____

¿Cuál es el número de teléfono de la escuela anterior? _____

¿Cuál es el nombre de su maestro/a anterior? _____

Firma del Padre/Tutor: X _____ Fecha: Mes _____ Día _____ Año _____

<p>OFFICE USE:</p> <p>This information has been placed in the following staff member's mailboxes: School Psychologist ____ Special Ed Teacher ____ Speech Pathologist ____ District Office ____</p> <p>Principal ____ Assistant Principal ____</p> <p>Records have been given to the following staff members: Please check all that apply. School Psychologist ____ Special Ed Teacher ____ Speech Pathologist ____</p> <p>Date Records were Received: _____</p> <p>OT / PT _____</p>
--