



## REMISIÓN PARA EVALUACIÓN O CONSULTA

ENVIADO VIA:  CORREO ELECTRÓNICO [OUTREACH@IAEDB.ORG]

SERVICIO POSTAL [IOWA SCHOOL FOR THE DEAF ATTN: OUTREACH 3501 HARRY LANGDON BLVD. COUNCIL BLUFFS, IA 51503]

**\*\* POR FAVOR, COMPLETE TODAS LAS ÁREAS DE ESTE FORMULARIO PARA QUE LA DIVULGACIÓN PUEDA PROCESAR MEJOR ESTA REMISIÓN\*\***

### INFORMACIÓN DE REMISIÓN

Fecha de la remisión:	Remitido por: <input type="checkbox"/> Padre/Tutor <input type="checkbox"/> AEA/TDHH <input type="checkbox"/> Audiólogo <input type="checkbox"/> Otro: _____
Maestro de Sordos/Hipoacúsicos (TDHH):	Si es diferente al Maestro de Sordos/Hipoacúsicos
Correo electrónico del AEA/TDHH:	N° teléfono del AEA/TDHH: _____ N° fax del AEA/TDHH: _____
Información incluida con la remisión:	<input type="checkbox"/> IEP/IFSP <input type="checkbox"/> Audiograma(s) <input type="checkbox"/> Eval. del lenguaje/habla <input type="checkbox"/> Eval. de la escuela <input type="checkbox"/> Otros
Servicios previos:	<input type="checkbox"/> Primeros pasos/Intervención temprana <input type="checkbox"/> Terapia privada _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
Consulte la Notificación de (re)evaluación del IIEP adjunta para conocer el motivo de la remisión y las áreas de evaluación solicitadas; FECHA LÍMITE (Cronograma): _____ No se ha generado un aviso de (re)evaluación del IEP.	
<b>OBLIGATORIO: Motivo de la remisión (¿Por qué solicita los servicios de la ISD Outreach?): [sea específico]</b>	

### INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Apellido del alumno:	Nombre:	FEC. NAC.:	Edad:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Otro: _____
Distrito Escolar:	AEA:	Escuela de servicio (a la que asiste el niño):		
¿Tiene el niño/alumno un IEP/504?	<input type="checkbox"/> Sí, él/ella tiene un IEP/504 Fecha de la última reunión: _____	<input type="checkbox"/> No, él/ella no tiene un IEP/504 ¿Por qué? _____		
Grado actual:	Elegibilidad primaria (IEP):	Elegibilidades secundarias (IEP):		
Nombres de los Padres/Tutores:				
Dirección:		Ciudad:	Condado:	Código Postal:
N° teléfono particular o celular del Padre/Tutor:	Contacto alternativo (Nombre y N° teléfono/correo electrónico):	Correo electrónico del Padre/Tutor:		
Contacto preferido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Contacto preferido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Idioma del hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	Idioma del alumno: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EL EQUIPO DE EVALUACIÓN:</b>				

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Firma del AEA/TDHH \_\_\_\_\_