Education Agency Logo and Information Here

**Declaración confidencial de elegibilidad para educación especial**

**(Trastorno emocional 60)**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha |  |
|  | mm/dd/aa |

Nombre del estudiante Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de elegibilidad inicial

***El equipo ha obtenido las siguientes evaluaciones. (Adjunte el informe de evaluación que describe y explica los resultados de la evaluación realizada):***

1. El equipo ha revisado la información existente, incluida información de los padres, de los registros acumulados del

 estudiante y de programas de educación individualizados o planes individualizados de servicios a familias

 anteriores. La documentación de la evaluación incluye información relevante de estas fuentes utilizada para

 determinar la elegibilidad. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de revisión del equipo

1. Evaluación del estado emocional y de la conducta del niño, incluido (cuando es apropiado) antecedentes del desarrollo o

 sociales:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Nombre/Cargo del examinador | Evaluación | Fecha en que se realizó | Fecha de revisión |
|  |  |  |  |
| Nombre/Cargo del examinador | Evaluación | Fecha en que se realizó | Fecha de revisión |

1. Declaración médica, completada por un médico, o declaración de evaluación médica, completada por un Enfermero

 Registrado (RN), Enfermero Practicante o Asistente de Médico. (Especifique)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Declaración médica** |  |  |
| Nombre/Título del Examinador | Evaluación | Fecha en que se realizó | Fecha de revisión |
|  | **Declaración de evaluación médica** |  |  |
| Nombre/Título del Examinador | Evaluación | Fecha en que se realizó | Fecha de revisión |

1. Dos escalas de calificación de la conducta, por lo menos una de las cuales es un instrumento de medición de la

 conducta estandarizado:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Nombre/Título del Examinador | Evaluación | Fecha en que se realizó | Fecha de revisión |
|  |  |  |  |
| Nombre/Título del Examinador | Evaluación | Fecha en que se realizó | Fecha de revisión |

1. Dos observaciones por alguien que no es el maestro regular del estudiante, una en el aula y otra en otro entorno:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **En el aula** |  |  |
| Nombre/Cargo del examinador | Evaluación | Fecha en que se realizó | Fecha de revisión |
|  | En otro entorno (especifique) |  |  |
| Nombre/Cargo del examinador | Evaluación | Fecha en que se realizó | Fecha de revisión |

1. Otra(s) evaluación(es) para determinar el impacto de la discapacidad:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Examinador(es)/Cargo(s) | Evaluaciones | Fecha(s) en que se realizaron | Fecha de revisión |

1. Evaluaciones o valoraciones adicionales necesarias para identificar las necesidades educativas del estudiante:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Examinador(es) | Evaluación(es) | Fecha(s) en que se realizaron | Fecha de revisión |

*El estudiante muestra uno o más de lo siguiente durante un largo periodo de tiempo y en forma marcada:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] sí | [ ] no | Incapacidad para aprender que no se puede explicar por factores intelectuales, sensoriales o de salud  |
| [ ] sí | [ ] no | Incapacidad para establecer o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con pares y maestros |
| [ ] sí | [ ] no | Tipos de conducta o sentimientos inapropiados bajo circunstancias normales |
| [ ] sí | [ ] no | Un estado de ánimo dominante general de infelicidad o depresión |
| [ ] sí | [ ] no | Tendencia a desarrollar síntomas físicos, dolores o miedos asociados con problemas personales o escolares. |

*El término trastorno emocional incluye esquizofrenia, pero no se aplica a un niño que está socialmente inadaptado, a menos que el niño también cumpla* ***uno o más*** *de los criterios anteriormente indicados.*

*El equipo ha determinado que:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] sí | [ ] no | 1. El estudiante cumple los criterios de elegibilidad de OAR 581-015-2145 como un niño con un trastorno emocional.  |
| [ ] sí | [ ] no | *Para niños de 5 años de edad y elegibles para kindergarten hasta los 21 años:*1. Como resultado de la discapacidad, el estudiante necesita servicios de educación especial porque la discapacidad tiene un impacto adverso sobre el desempeño educacional del estudiante.

*Para Educación Especial en la Primera Infancia (ECSE - niños de 3 años de edad hasta la edad elegible para kindergarten):*Como resultado de la discapacidad, el estudiante necesita servicios de educación especial porque la discapacidad tiene un impacto adverso sobre el progreso en el desarrollo del niño. |
|  |  | 1. El equipo ha considerado la elegibilidad del estudiante para educación especial y ha determinado que:

***[ ] es [ ]  no es***  elegible debido a una falta de enseñanza apropiada en lectura, incluidos los componentes esenciales de la enseñanza para leer (conocimiento fonético, fonología, desarrollo de vocabulario; fluidez al leer/habilidades orales de lectura; y estrategias de comprensión oral);***[ ]  es [ ]  no es***  elegible debido a una falta de educación apropiadaen matemáticas; y***[ ]  es [ ]  no es***  elegible debido a un dominio limitado del idioma inglés.  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firmas de los miembros del equipo** | **Título** | **De acuerdo** | **En desacuerdo** |
|  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  | [ ]  | [ ]  |

***[ ]***  Se ha proporciona al padre o padres una copia del informe de la evaluación y de la declaración de

 elegibilidad.