



**Long Co School District**  
**Consentimiento de los padres para una evaluación de**  
**servicios de educación especial**

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Estimado padre/madre de \_\_\_\_\_.  
(Nombre del alumno)

El niño fue remitido por \_\_\_\_\_ y el equipo de apoyo estudiantil u otra fuente pertinente recomendaron que se le sometiera a evaluación. Deseamos realizar una evaluación individual para recopilar mayor información sobre cómo satisfacer de mejor modo las necesidades del menor.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de evaluación o desea obtener mayores detalles al respecto, comuníquese con:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Nombre Cargo Número telefónico

Si está de acuerdo en que su hijo sea evaluado, puede solicitar que le indiquen la hora y lugar exactos de cuando ello se llevará a cabo. También podrá asistir a la reunión sobre la evaluación y posible calificación para recibir servicios de educación especial. No se efectuarán modificaciones en el programa educativo del menor sino hasta que se sostenga la reunión y usted proporcione todo el consentimiento necesario. Dar este consentimiento para realizar la evaluación no faculta al sistema para prestar servicios de educación especial.

La evaluación individual puede incluir estas áreas: habilidad de aprendizaje, visión, audición, destrezas motrices, social/emocional, logros, habla/lenguaje u otras. Se incluye una explicación de estas áreas. **Si posee información que considere podría ser útil (por ej., evaluaciones, informes médicos, etc.), dénosla a conocer para ayudar a determinar las necesidades educativas de su hijo.** Se incluyen los derechos de los padres, que indican que usted posee ciertos derechos en cuanto al consentimiento y los procedimientos de evaluación.



# Long Co School District

## Consentimiento de los padres para una evaluación de servicios de educación especial

Firme este formulario para hacernos saber si usted está o no de acuerdo con que se realice la evaluación y devuelva esta carta a:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Nombre Cargo Número telefónico

Si no envía este formulario a más tardar el \_\_\_\_\_, nos comunicaremos con usted para saber su decisión. (Fecha)

Gracias por su cooperación.

Atentamente,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Nombre Cargo Número telefónico

**Sí**, estoy de acuerdo en que mi hijo \_\_\_\_\_ sea evaluado.

**No**, no estoy de acuerdo por las siguientes razones:

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre Fecha

Anexo