|  |  |
| --- | --- |
| Selpalogocolor2 | **Maestro de Estudiantes con Discapacidad Ortopédicas**  **Aporte al Informe Psicoeducativo y/o Aporte Para la Revisión del IEP** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FDN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Escuela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distrito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre del Maestro/a Acreditado de Discapacidades Ortopédicas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Coreo Electrónico Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   1. Fuentes de los Datos Revisados: (check box, delete, or put “NA”; add any additional sources used)   Registros Acumulativos Resultados Estatales del Programa de Examines y  Entrevista con el Padre Reportes (programa STAR)  Encuesta o Entrevista con el Maestro/a Muestra de Tareas Otro  Informes de evaluación existentes: (within three years list below-if none, delete box)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Fecha | Tipo | Evaluador | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |        1. **Resultados de la Evaluación/Niveles Actuales de Rendimiento Académico y rendimiento funcional:**(address student’s current functioning in any areas that are relevant to the Orthopedic Impairment) | |
| * **Motricidad Fina:** |
|  |
| * **Motricidad Gruesa/Movilidad:** |
|  |
| * **Esfuerzo Personal:** |
|  |
| * **Cuestiones Sensoriales:** |
|  |
| * **Acceso Social a Compañeros:** |
|  |
| * **Acceso Ambiental:** * **Preocupaciones de Seguridad:** * **Acceso Académico/Curricular:** * **Acceso Vocacional/Comunidad:** |

1. **Recomendaciones:**

**(Address all that are applicable)**

* Factores que afectan el rendimiento educativo, incluyendo las consideraciones de salud:
* Recomendaciones para permitir que el estudiante participe y progrese en el currículo de educación general (o para niños preescolares, para participar en actividades apropiadas): (Give general suggestions of areas to be worked on):
* Posible necesidad de educación especial y servicios relacionados o adiciones o modificaciones a los servicios actuales necesarios para lograr las metas y participar en el currículo general/actividades apropiadas (incluye la base para la determinación de necesidad): Maestro de Estudiantes con Discapacidad Ortopédica está disponible para consulta bajo acuerdo con el distrito escolar:
* Necesidad de servicios especializados y equipo (necesario para la baja incidencia):

Email this form to the Assessment Team Lead in the district of service. Copies to be kept in locked file.