***ADAMS WELLS SPECIAL SERVICES COOPERATIVE
Referencia para Observación/Consulta***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombe del Estudiante:** | **Escuela:**  |
| **Grado:**  | **Maestro/a:**  | **Teléfono de la escuela:** |
| **Individue que hace la referencia:**  | **Principal:** |

|  |
| --- |
| ***Formulario de Solicitud de Obervación/Consulta:*** |
|[ ]  Consultor/a de Comportamiento  |
|[ ]  Consultor/a de Autismo  |
|[ ]  Consultor de Tecnologia de Asistencia |
|[ ]  Profesor/a para ciegos con baja visión  |
|[ ]  Profesor/a para sordos y con dificultades auditivas |
|[ ]  Consultor/a de orientación y movilidad  |
|[ ]  Otro-Por favor especifique |

Por favor llenar la siguiente información:

|  |
| --- |
| 1. Existe un historial de tratamient (psiquiatra, consejero/terapeuta, hospitalización, medicación. Etc.)?)?
 |
| Si [ ]  | No [ ]  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Cuéntenos los comportamientos problemáticos (es decir, académicos, conductuales, ortros).
 |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Qué intervenciones se han implementado para abordar estas preocupaciones? Adjunte la documentación de intervención de RTI se está disponible.
 |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. De qué manera le gustaría que le ayudara el consultor/a?
 |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| La próxima reunion de RTI está programada para: |
| Fecha:  | Hora: |

***ADAMS WELLS SPECIAL SERVICES COOPERATIVE
Referencia para Observación/Consulta***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombe del Estudiante: | Escuela:  |
| Grado:  | Maestro/a:  | Teléfono de la escuela: |
| Individue que hace la referencia:  | Principal: |

Su hijo ha estado experimentando algunas dificultades en la escuela. Para ayudar aún más a su hijo, nos gustaría solicitar su permiso para que el personal de la Cooperativa de Servicios Especiales Adams-Wells brinde servicios que pueden incluir observación, consultas con el personal y entrevistas con estudiantes, y listas de verificación o evaluaciones no diagnósticas. Esta consulta se llevará a cabo en la escuela para ayudar a mejorar la experiencia de aprendizaje de su hijo/a.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el maestro de su hijo/hija. Recibirá una copia de cualquier informe o recomendación una vez completados los servicios.

Gracias por su cooperación y apoyo.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sí, **DOY PERMISO** para proporcionar los servicios descritos |
|  | No, **NO DOY PERMISO** para brindar los servicios descritos.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma de los Padres: |  |
| Fecha: |  |  |

**\*Por favor, envíe el formulario completo por correo electrónico a Courtney Baumgartner a** **testing@awssc.k12.in.us**

**El formulario firmado es válido por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que la Cooperativa de Servicios Especiales Adams Wells reciba una revocación por escrito del padre/tutor del estudiante**

|  |
| --- |
| *For office use only:* |
| *Date received:* |