|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Estudiante:** | **Escuela:** |
| **Grado:** | **Maestro/a:** | **Teléfone de la escuela:** |
|  **Individue que hace la referencia:** | **Principal:** |
| **Persona en contacto para recibir el informe** |

**Referencia para Observación/Consulta**

**Formulario de Solicitud de Obervación/Consulta:**

☐ Consultor de conducta

☐ Consultor de tecnología de asistencia

☐ Maestro para personas ciegas con baja visión

☐ Maestro para personas sordas y con problemas de audición

☐ Consultor de Orientación y Movilidad

☐ Terapeuta ocupacional

☐ Fisioterapeuta

☐ Trabajador social

☐ \*Otro – Por favor especifique

**Por favor complete la siguiente información:**

1. Indique cualquier historial de tratamiento (es decir, psiquiatra, consejero/terapeuta, hospitalizaciones, medicamentos, etc.)
2. Enumere las áreas de preocupación (es decir, académicas, conductuales o otras)
3. ¿Qué intervenciones se han implementado para abordar estas preocupaciones? Adjunte documentación RTI/MTSS si está disponible.
4. ¿De qué manera le gustaría que le ayudara el consultor?

\*Si “otro” incluye una persona o agencia fuera del personal de Adams Wells, también se debe incluir un formulario de Divulgación de Información para iniciar la observación y/o consulta

Observación y Consulta Actualizado en enero de 2025 Sección C – 3

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

**Referencia para Observación/Consulta**

 ****

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 preguntas, comuníquese con el maestro de su hijo o con el director del edificio.

Gracias por su cooperación.

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** **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 por escrito la revocación del consentimiento del padre/tutor del estudiante.**

Observación y Consulta Actualizado en enero de 2025 Sección C – 3