**Enter LEA Name Here**

**Evaluación de la Sección 504: Comentarios de los padres**

*(Información sobre el estudiante que deberá tenerse en cuenta al determinar si el estudiante*

*es elegible de conformidad con la Sección 504 y, en caso afirmativo, qué adaptaciones,*

*recursos afines y servicios necesitará).*

**Fecha:**

**Estudiante:**

**Escuela:**   **N.º de identificación estatal**

**del estudiante (SSID):**

**Grado:**  **Fecha de nacimiento:**

**Padre/Tutor: Teléfono fijo/celular:**

**Dirección: Del trabajo:**

**Correo electrónico:**

**El distrito quisiera conocer más sobre el niño y sus experiencias para evaluar si podría necesitar ayuda adicional en la escuela.**

1. ¿Cuáles son las fortalezas del niño?

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿Qué motiva a su hijo?

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. Describa las dificultades que pueda estar experimentando el niño en la escuela (incluidos los aspectos académicos, conductuales, de interacción social o de salud):

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿Cuándo fue la primera vez que detectó que el niño tenía dificultades en la escuela?

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿Cuál cree usted que puede ser la causa de las dificultades del niño en la escuela?

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿El niño le ha comentado sobre las dificultades que experimenta en la escuela? En caso afirmativo, describa:

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. Describa el tipo y la cantidad de asistencia que el niño necesita fuera de la escuela para completar la tarea en comparación con otros estudiantes de la misma edad/grado:

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. Describa las amistades del niño:

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿Qué recompensas o consecuencias son eficaces con el niño?

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿Qué recompensas o consecuencias *no* son eficaces con el niño?

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿En los últimos años el niño ha experimentado algún cambio importante en la familia (tales como mudanzas, nacimientos, fallecimientos, enfermedades graves, separaciones, divorcios, etc.)? En caso afirmativo, describa:

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. Describa las afecciones médicas crónicas del niño, si las hubiera:

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿Cuándo fue la última consulta oftalmológica del niño y qué resultados arrojó?

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿Cuándo fue realizada la última audiometría del niño y qué resultados arrojó?

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿Qué actividades realiza el niño cuando se encuentra fuera de la escuela?

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿El niño tiene conductas repetitivas (p.ej., movimientos corporales continuos, movimientos de balanceo, bruxismo, onicofagia)? En caso afirmativo, describa:

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿Qué servicios o adaptaciones cree usted que ayudarán a mejorar o eliminar las dificultades del niño?

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿Piensa que se le debe restringir al niño la participación en las actividades escolares debido a problemas de salud o seguridad? En caso afirmativo, describa:

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. Describa el comportamiento del niño en casa con amigos, hermanos, vecinos y padres (p.ej., bien en términos generales, sociable, cariñoso, introvertido):

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿El niño recibe algún tipo de medicación en la escuela? En caso afirmativo, indique la medicación:

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿El niño necesita equipo de adaptación o modificación de espacios? En caso afirmativo, describa:

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

1. ¿El niño presenta problemas físicos o mentales episódicos? En caso afirmativo, describa la afección, cuándo se activó, cuándo entró en remisión, y los impactos en el estudiante cuando se activó:

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

Otras observaciones, si las hubiera:

|  |
| --- |
| Escriba aquí |

*Adjunte información relacionada con órdenes médicas, diagnósticos o evaluaciones de la discapacidad (p. ej., informes médicos, informes psicológicos, información sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Attention-Deficit Hyperactivity Disorde*r/ *Attention-Deficit Disorder*, *ADD/ADHD) o información sobre otros diagnósticos). Asimismo, si el niño posee un plan médico, sírvase adjuntar una copia del plan actualizado.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Fecha:** | Enter date |
| **Firma del padre/tutor:** |  | | |

| **Entregar a:** | Enter name | | **Por:** | Enter date | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Correo electrónico:** | | Enter email address | **Teléfono:** | | Enter phone number |
|  | | | | | |
| **Dirección:** | Enter mailing address | | | | |