

Estimado padre/tutor:

Gracias por comunicarse con la Unidad de Admisiones al Preescolar (PIU) de la Educación Especial para la Educación Temprana (ECSE) del Distrito Escolar Unificado de San Francisco (SFUSD). Esta carta sirve como respuesta a su solicitud de una evaluación de ECSE para su hijo.

**Con el fin de poder llevar a cabo nuestra evaluación de una forma óptima, el SFUSD requiere que usted proporcione los siguientes documentos:**

- Cuestionario completo de los padres/encargados (adjunto)
- Formulario de Aportes del Maestro completo, si su hijo asiste aun preescolar o una guardería (adjunto).
- Verificación por escrito de resultados de evaluaciones de audición y visión si la audición y/o visión de su hijo han sido evaluadas en los últimos 12 meses.
- Copias de todas las evaluación de su hijo realizadas previamente.
- Dos (2) comprobantes originales de residencia (por ejemplo: factura de [la electricidad] PG&E, factura del teléfono o factura del cable)
- Verificación de la fecha de nacimiento del niño (copia de uno de los siguientes: Registro Civil, registro de hospital, partida de bautismo, o pasaporte).

Una vez que la PIU reciba esta documentación de inscripción, le deben responder en un plazo de quince (15) días civiles con un Plan de Evaluación (AP) por escrito para su hijo, o una carta de Notificación Previa por Escrito (PWN) en la que se expliquen las razones para no llevar a cabo una evaluación. Por favor, tenga en cuenta que este plazo no corresponde durante las vacaciones de verano o durante los días feriados escolares que excedan cinco (5) días (vacaciones de invierno).

El cuestionario incluido en esta documentación de inscripción ayudará a los asesores del SFUSD a conocer a su hijo, manejar sus inquietudes con exactitud, y determinar que evaluaciones son necesarias. Por favor, rellene y envíe todos los formularios a:

SFUSD: Special Education  
ATTN: Prekindergarten Intake Unit  
3045 Santiago Street  
San Francisco, CA 94116

O por fax al: (415) 224-2528  
Attn: SPED: PreK Intake Unit

Para su conveniencia, incluimos con estos documentos una lista de preguntas frecuentes (FAQ) con respecto al proceso de evaluación. Si tiene alguna pregunta adicional sobre estos formularios o necesita ayuda para rellenarlos, por favor, comuníquese con nuestra oficina llamando al (415) 401-2525.

Atentamente,

Distrito Escolar Unificado de San Francisco

Dear Parent/Guardian:

Thank you for contacting the San Francisco Unified School District (SFUSD), Early Childhood Special Education (ECSE) Preschool Intake Unit (PIU). This letter has been sent in response to your request for an ECSE assessment of your child.

**In order to better conduct our assessment, SFUSD requires you provide the following items:**

- Completed Parent/Caregiver Questionnaire (attached).
- Completed Teacher Input Form (attached) if your child attends preschool or a childcare facility.
- Written verification of hearing and vision screenings results if your child's hearing and/or vision have been tested within the last 12 months.
- Copies of any previously completed assessments of your child.
- Two (2) original proofs of residency (example: PG&E bill, phone bill, or cable bill).
- Verification of child's birth date (copy of one of the following: Birth Certificate, Hospital Record, Baptismal Certificate, or Passport).

Upon receiving these items the PIU must reply within fifteen (15) calendar days with a written Assessment Plan (AP) for your child, or Prior Written Notice (PWN) letter explaining why an assessment will not be conducted. Please note that this timeline does not apply during summer recess, or school holidays exceeding five (5) days (e.g. winter break).

The questionnaire included in this packet and requested documents will help the SFUSD assessors get to know your child, accurately address your concerns, and determine any assessment needs.

Please complete in full and mail all documents to:

SFUSD: Special Education  
ATTN: Prekindergarten Intake Unit  
3045 Santiago Street  
San Francisco, CA 94116

Or Fax to: (415) 242-2528  
Attn: SPED- PreK Intake Unit

For your convenience, a list of frequently asked questions (FAQ) addressing the assessment process is included in this packet. If you have any additional questions about these forms or need assistance filling them out please contact our office at (415) 759-2222.

Sincerely,

San Francisco Unified School District

## PLAZOS DE LA EVALUACIÓN

1. En un plazo de quince (15) días civiles a partir de recibir una derivación, el personal de evaluación revisará las solicitudes de derivación y determinará la respuesta adecuada a la solicitud. Desarrollarán un Plan de Evaluación indicando las áreas a evaluar y los instrumentos que se utilizarán en la evaluación o enviarán una carta explicando la razón por la que no se llevará a cabo una evaluación.
2. Si se desarrolla un Plan de Evaluación, se enviará a los padres/tutor para que lo firmen. No se puede evaluar a ningún niño sin el consentimiento de los padres y un plan firmado.
3. En un plazo de sesenta (60) días civiles a partir de recibir el Plan de Evaluación firmado, excluyendo las vacaciones de verano y escolares de más de cinco (5) días, se llevará a cabo una evaluación y se realizará una reunión del Plan de Educación Individual (IEP).

## PREGUNTAS FRECUENTES (FAQ)

### ¿Quién lleva a cabo la evaluación?

La índole y el motivo de preocupación que se indica en su solicitud determinarán el tipo de asesor(es) asignado. Podría ser un psicólogo de ECSE, un especialista en trastornos de la comunicación, proveedor de servicios relacionados (por ejemplo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc.), o cualquier combinación de estos asesores.

### ¿Qué ocurre después de la evaluación?

Se notificará a los padres/tutor para que participen en una reunión del IEP. Esta reunión del IEP se programará a fin de garantizar que los padres/tutor puedan asistir.

### ¿Qué es una reunión del IEP?

En una reunión del IEP se explica, discute y utiliza la información recopilada durante la evaluación para tomar decisiones sobre la educación de su hijo. La información sobre su hijo se utilizará para:

- *Determinar si su hijo reúne los requisitos para [recibir] los Servicios de educación especial relacionados y/o decidir si se define a su hijo como un “niño con una discapacidad”, según la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA).*
- *Si su hijo reúne los requisitos para [recibir] los Servicios de educación especial, se desarrollarán metas para ayudar a su hijo a beneficiarse de la educación.*

Para obtener información adicional, por favor, visite nuestro portal de internet: **[www.sfusd.edu](http://www.sfusd.edu)**  
(<http://www.sfusd.edu/en/programs-and-services/special-education/pre-school-special-education-services.html>)

(Por favor, archive esta página)

## ASSESSMENT TIMELINES

1. Within fifteen (15) calendar days of receipt of a referral, assessment staff will review the referral request and determine the appropriate response to the request. They will either develop an Assessment Plan stating areas to be assessed, or they will send a letter (Prior Written Notice) explaining why an assessment will not be conducted.
2. If an Assessment Plan is developed, it will be sent to the parent/guardian for signature. No child can be assessed without parental permission and a signed plan.
3. Within sixty (60) calendar days of receipt of the signed Assessment Plan, excluding summer and school holidays of more than five (5) days, an assessment will be conducted and an Individualized Education Program meeting (IEP) held.

## FREQUENTLY ASKED QUESTIONS (FAQ)

### Who will conduct assessments?

The nature and area of concern outlined in your request will determine the type of assessor(s) assigned. This could be an ECSE Psychologist, Speech-Language Pathologist, related service provider (e.g. Occupational Therapist, Physical Therapist, etc.), or any combination of these assessors.

### What happens after the assessment?

The parent/guardian will be notified to participate in an IEP meeting. The IEP meeting will be scheduled to ensure the parent/guardian can attend.

### What is an IEP meeting?

An IEP meeting is where Information gathered from the assessment is explained, discussed, and used to make decisions about your child's education. Information about your child will be used to:

- *Determine if your child is eligible for special education and related services and/or decide if your child meets the definition of a "child with a disability," under the Individuals with Disabilities Education Improvement Act (IDEIA).*
- *If your child is eligible for Special Education Services, goals will be developed to assist your child in receiving an educational benefit.*

For more information please visit our website: [www.sfusd.edu](http://www.sfusd.edu)  
(<http://www.sfusd.edu/en/programs-and-services/special-education/pre-school-special-education-services.html>)

*(Keep this page for your records)*



**Cuestionario para los padres/la persona encargada del cuidado**  
**Parent/Caregiver Questionnaire**

**Fecha/ Date:** \_\_\_\_\_ **Rellenado por/ Questionnaire Completed by:** \_\_\_\_\_

**¿Contó con la ayuda de otra persona para rellenar este formulario?**  Sí (Yes) /  No

*(Did another person assist you when completing this form?)*

**En caso afirmativo, por favor, escriba el nombre y el parentesco con el niño:** \_\_\_\_\_

*(If yes, please list Name and relationship to child)*

**Nombre legal completo del niño:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Child's Full Legal Name) **Primer Nombre/First** **Apellido/Last**

**Apodo/Child's Nickname:** \_\_\_\_\_ **Sexo/Gender (marque/Check):**  Masculino/ Male  Femenino/Female

**Fecha de nacimiento del niño: Mes (Month)** \_\_\_\_\_ **/Día (Day)** \_\_\_\_\_ **/Año (Year)** \_\_\_\_\_  
 (Child's Date of Birth)

**Origen étnico del niño (enumere todos los que correspondan):** \_\_\_\_\_  
 (Child's Ethnicity (List all that apply))

**Motivo de la derivación:** \_\_\_\_\_  
 (Reason for referral)

**Persona encargada del cuidado N.º 1/ Caregiver #1**

Padres (Parent)/  Abuelos (Grandparent)/  Tutor (Guardian)/  Padres adoptivos (Adoptive Parent)/  Otro (Other) \_\_\_\_\_

**Nombre/ Parent:** \_\_\_\_\_ **¿Es este el domicilio principal del niño?**  Sí (Yes) /  No  
*(Is this the child's primary residence?)*

**Domicilio/Address:** \_\_\_\_\_ **N.º de apto/Apt.#:** \_\_\_\_\_ **Código postal/Zip:** \_\_\_\_\_

**N.º de teléfono principal:** \_\_\_\_\_ **Marque (Check):**  Hogar(Home) /  Celular(Cell) /  Trabajo(Work)  
 (Best Phone to call)

**Dirección de correo electrónico o N.º de teléfono adicional:** \_\_\_\_\_  
 (Email Address/Other Phone) **Marque (Check):**  Hogar(Home) /  Celular(Cell) /  Trabajo(Work)

**¿Cómo prefiere que nos comuniquemos?**  Teléfono /  Correo electrónico/  Sin preferencias  
 (How do you preferred to be contacted?) (Telephone) (Email) (No preference)

**Persona encargada del cuidado N.º 2/ Caregiver #2**

Padres (Parent)/  Abuelos (Grandparent)/  Tutor (Guardian)/  Padres adoptivos (Adoptive Parent)/  Otro (Other) \_\_\_\_\_

**Nombre/ Parent:** \_\_\_\_\_ **¿Es este el domicilio principal del niño?**  Sí (Yes) /  No  
*(Is this the child's primary residence?)*

**Domicilio/Address:** \_\_\_\_\_ **N.º de apto/Apt.#:** \_\_\_\_\_ **Código postal/Zip:** \_\_\_\_\_

**N.º de teléfono principal:** \_\_\_\_\_ **Marque (Check):**  Hogar(Home) /  Celular(Cell) /  Trabajo(Work)  
 (Best Phone to call)

**Dirección de correo electrónico o N.º de teléfono adicional:** \_\_\_\_\_  
 (Email Address/Other Phone) **Marque (Check):**  Hogar(Home) /  Celular(Cell) /  Trabajo(Work)

**¿Cómo prefiere que nos comuniquemos?**  Teléfono /  Correo electrónico/  Sin preferencias  
 (How do you preferred to be contacted?) (Telephone) (Email) (No preference)



**Encuesta del idioma en el hogar/Home Language Survey**

**¿En qué idioma hablan los adultos más frecuentemente en el hogar?** \_\_\_\_\_

(What language do the adults use most frequently at home?)

**¿En qué idioma habla usted más frecuentemente para dirigirse a su hijo?** \_\_\_\_\_

(What language do you use most frequently to speak to your child?)

**¿Cuál fue el primer idioma que su hijo aprendió cuando empezó a hablar?** \_\_\_\_\_

(What language did your child first learn when s/he began to talk?)

**¿En qué idioma habla su hijo más frecuentemente en el hogar?** \_\_\_\_\_

(What language does your child use more frequently at home?)

**¿Cuál es su idioma preferido para la comunicación escrita entre el hogar y el SFUSD?** \_\_\_\_\_

(What is your preferred language for written communication between home and SFUSD?)

**¿Cuál es su idioma preferido para la comunicación oral entre el hogar y el SFUSD?** \_\_\_\_\_

(What is your preferred language for verbal communication between home and SFUSD?)

**Miembros de la familia/Members of Household**

**Nombre/Name**                      **Parentesco con el niño/Relationship to Child**      **Edad/ Age**      **Ocupación/Occupation**

---



---



---



---



---

**Información de prekindergarten/preescolar/centro de cuidado infantil/Prekindergarten/Preschool/Childcare Information:**

**¿Asiste su hijo a una escuela, una guardería, o alguna otra actividad de grupo regular con otros niños (por ejemplo, grupo de juego, clase de gimnasia, etc.)?** (Does your child attend a school, childcare facility, or any other regularly scheduled group activity with other children (e.g. play group, gym class, etc.)?)

**Sí, por favor, explique a continuación/Yes, please specify below**       **No**

**Nombre de la escuela/programa:** \_\_\_\_\_ **Fecha de inicio:** \_\_\_\_\_

(School/Program Name)

(Start Date)

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Maestro:** \_\_\_\_\_

(Address)

(Teacher)

**N.º de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Días/horas:** \_\_\_\_\_

(Telephone Number)

(Days/Times)

**Escuelas/guarderías (Al final del formulario hay espacio adicional)** \_\_\_\_\_

(Previous Schools/Childcare (See end of form for additional space))

**Información de nacimiento/parto:**

**Duración del embarazo/Length of Pregnancy:** \_\_\_\_\_ **Peso al nacer/Birth Weight:** \_\_\_\_\_

**¿Hubo alguna complicación durante el embarazo?**  **Sí, por favor, explique a continuación**       **No**

(Any complications during pregnancy?)

**¿Hubo alguna complicación durante el parto?**  **Sí, por favor, explique a continuación**       **No**

(Any complications during delivery?)

**¿Hubo alguna complicación después del nacimiento?**  **Sí, por favor, explique a continuación**       **No**

(Any complications after birth?)

**Objetivos importantes de desarrollo/Developmental Milestones:**

**(Indique la edad en que el niño alcanzó objetivos importantes de desarrollo, o si “todavía no” los alcanza)**  
(Indicate the age at which your child achieved the following milestones, or indicate “Not Yet”)

**Motricidad gruesa: Sentarse erguido/a:** \_\_\_\_\_ **Gatear:** \_\_\_\_\_ **Caminar independientemente:** \_\_\_\_\_  
(Gross Motor) (Sat Upright) (Crawl) (Walk Independently)

**Motricidad fina: Agarrar objetos pequeños:** \_\_\_\_\_ **Comer por su cuenta:** \_\_\_\_\_ **Sostener el biberón:** \_\_\_\_\_  
(Fine Motor) (Pinch Small Objects) (Self-feed) (Hold Bottle)

**Comunicación: Primeras palabras:** \_\_\_\_\_ **Combinar dos o más (2+) palabras:** \_\_\_\_\_  
(Communication) (First Words) (Combining two or more (2+) words)

**Ir al baño: Durante el día:** \_\_\_\_\_ **Por la noche:** \_\_\_\_\_  
(Toilet Training) (Day) (Night)

**Información médica/de la salud/ Medical/Health Information:**

**¿Existe un historial de enfermedades, accidentes y/u hospitalizaciones?**  *Sí, por favor, explique*  *No*  
(Is there a history of illness, accidents, and/or hospitalizations?)

**¿Padece su hijo un trastorno, retraso o condición especial que haya sido diagnosticado?**

(Does your child have a diagnosed disorder, delay or special condition?)

*Sí, por favor, explique*  *No*

**¿Cuándo fue el último chequeo médico de su hijo?** \_\_\_\_\_

(When was your child’s last physical examination?)

**¿Quién es el médico de cabecera de su hijo?** \_\_\_\_\_

(Who is your child’s primary physician?)

**Teléfono/ Telephone:** \_\_\_\_\_

**Dirección/ Address:** \_\_\_\_\_

**¿Aprobó su hijo la prueba de audición para recién nacidos?**  *Sí*  *No*

(Did your child pass the Newborn Hearing Screening?)

**¿Ha padecido el niño de infecciones de oído?**  *Sí-¿Cuántas infecciones?/Yes-How many?* \_\_\_\_\_  *No*

(Has your child experienced ear infections?)

**¿Qué tratamiento recibió para estas infecciones de oído?** \_\_\_\_\_

(How were the ear infections treated?)

**¿Se le insertaron tubos de timpanostomía?**  *Sí- ¿Cuándo?/Yes-When?* \_\_\_\_\_  *No*

(Have PE Tube been placed?)

**Fecha y lugar del examen/prueba de audición más reciente:** \_\_\_\_\_

(Date and location of most recent hearing screening/test)

**Resultados/Results** \_\_\_\_\_

**Fecha y lugar del examen/prueba de visión más reciente:** \_\_\_\_\_

(Date and location of most recent vision screening/test)

**Resultados/Results** \_\_\_\_\_

**\* Por favor proporcione una verificación por escrito de los resultados de la evaluación de audición y visión si la audición y / o visión de su hijo se han evaluado en los últimos 12 meses. \***

**(\*Please provide written verification of hearing and vision screenings results if your child’s hearing and/or vision have been tested within the last 12 months.\*)**

**Información adicional / Additional Information:**

**¿Tiene una dieta especial/restricciones alimenticias?:**  *Sí, por favor, explique a continuación*  *No*  
(Does your child have a special diet or any food restrictions?)

---

**¿Se chupó el dedo pulgar, usó chupete o biberón?:**  
(Did your child use a pacifier or bottle? Did your child suck his/her thumb?)  
 *Sí, por favor, explique a continuación (Edad a la que dejó de hacerlo/Aged stopped: \_\_\_\_\_)*  *No*

---

**¿Sufre su hijo de alergias?**  *Sí, por favor, explique a continuación*  *No*  
(Does your child have any allergies?)

---

**¿Sufre su hijo de Asma?:**  *Sí, por favor, explique a continuación*  *No*  
(Does your child have asthma?)

---

**¿Ha sufrido su hijo alguna lesión en la cabeza?:**  *Sí, por favor, explique a continuación*  *No*  
(Has your child experienced any head injuries?)

---

**¿Se le han hecho pruebas genéticas a su hijo?:**  *Sí, por favor, explique a continuación*  *No*  
(Has your child undergone any genetic testing?)

---

**¿Usa su hijo algún equipo especializado (por ejemplo, caminador, silla de ruedas, asientos adaptados, dispositivo de salida de voz, etc.)?**  *Sí, por favor, explique a continuación*  *No*  
(Does your child use any specialized equipment (e.g. Walker, wheelchair, adaptive seating, voice output device, etc.)?)

---

**¿Hay un antecedente familiar, o tienen algún familiar dificultades de aprendizaje, retrasos en el desarrollo o problemas de salud mental?**  *Sí, por favor, explique a continuación*  *No*  
(Is there a family history of or have any family members had learning difficulties, developmental delays or mental health concerns?)

---

**Información adicional/other information:** (*describa/describe*) \_\_\_\_\_

---

---

---

---



**Descripción de su hijo/Description of your child:**

**De bebé, mi hijo era/As a baby my child was (marque todo lo que corresponda/ Check all that apply):**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Era muy activo/Very active                        | <input type="radio"/> Era muy callado/Very quiet   | <input type="radio"/> Era difícil de consolar/<br>Hard to comfort                  |
| <input type="radio"/> Era fácil de consolar/<br>Easy to comfort         | <input type="radio"/> Tuvo cólicos/Had colic   | <input type="radio"/> Era difícil de<br>alimentar/amamantar/<br>Hard to feed/nurse |
| <input type="radio"/> Era tímido/Shy                                    | <input type="radio"/> Era amigable/Friendly  | <input type="radio"/> Era tranquilo/Easy going                                     |
| <input type="radio"/> Tenía dificultad para dormir/<br>Trouble sleeping | <input type="radio"/> Lloraba más que la mayoría de<br>los bebés/<br>Cried more than most babies |  |

**De niño/a de corta edad/preescolar, mi hijo/a era/es/As a toddler/preschooler my child was/is:  
(marque todo lo que corresponda/ Check all that apply):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Era muy activo/ Very Active   | <input type="radio"/> Era tímido/ Shy  |
| <input type="radio"/> Lloraba mucho/ Cries a lot  | <input type="radio"/> Le costaba dormirse/ Trouble sleeping  |
| <input type="radio"/> Era tranquilo/ Easy going   | <input type="radio"/> No le interesaban los juguetes/<br>Not interested in toys                              |
| <input type="radio"/> Era muy callado/ Very quiet   | <input type="radio"/> Aprendió a hablar fácilmente/<br>Learned to talk easily                                |
| <input type="radio"/> Era amigable/ Friendly  | <input type="radio"/> Le costaba/le cuesta aprender a hablar/<br>Learning to talk was/is difficult           |
| <input type="radio"/> Le interesaban los demás niños/<br>Interested in other children       | <input type="radio"/> No le interesaban los demás niños/personas/<br>Not interested in other children/people |
| <input type="radio"/> Miraba las ilustraciones de los libros/<br>Looks at pictures in books |  |

**Mi hijo/a demuestra una dificultad inusual para/ My child shows unusual difficulty with:  
(marque todo lo que corresponda/ Check all that apply)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Expresar ideas/deseos/necesidades/<br>Expressing ideas/wants/needs     | <input type="radio"/> Vestirse por su cuenta/ Dressing self  |
| <input type="radio"/> Brincar/saltar/ Skipping/hopping                                       | <input type="radio"/> [Tiene] temores extremos/ Extreme fears  |
| <input type="radio"/> Montar en bicicleta/triciclo/ Riding a bike/trike                      | <input type="radio"/> Comer por su cuenta/ Self-feeding  |
| <input type="radio"/> Separarse de los padres/ Separating from parents                       | <input type="radio"/> Lanzar/agarrar al vuelo una pelota/<br>Throwing/catching a ball                      |
| <input type="radio"/> Interactuar con compañeros/ Interacting with peers                     | <input type="radio"/> Se molesta fácilmente con los ruidos/<br>Easily upset by noises                      |
| <input type="radio"/> [Tiene] rabietas excesivas/ Excessive temper tantrums                  | <input type="radio"/> Está en su propio mundo/ Being in own world  |
| <input type="radio"/> Agarrar un lápiz/pintura/rotulador/<br>Grasping a pencil/crayon/marker | <input type="radio"/> Le interesan ciertos juguetes/<br>Interested in particular toys                      |
| <input type="radio"/> Aletea las manos/ Hand flapping  | <input type="radio"/> [Demuestra] comportamientos repetitivos/<br>Repetitive behaviors                     |
| <input type="radio"/> Aprender a hablar/ Learning to talk                                    | <input type="radio"/> Se enoja fácilmente con el cambio en la rutina/<br>Easily upset by change in routine |
| <input type="radio"/> Hablar [sin claridad] / Unclear speech                                 | <input type="radio"/> [Demuestra] movimientos corporales inusuales/<br>Unusual body movements              |
| <input type="radio"/> Seguir instrucciones/ Following directions                             |  |
| <input type="radio"/> Caminar/ Walking   |  |
| <input type="radio"/> Se golpea la cabeza/ Head banging                                      |  |

**Otras observaciones y detalles/ Other observations or details: (describe/ Describe)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Las fortalezas de mi hijo/** My child's strengths: \_\_\_\_\_

**Los intereses/juguetes preferidos/actividades de mi hijo/** My child's interests/favorite toys/activities: \_\_\_\_\_

**¿Durante cuánto tiempo permanece su hijo realizando/prestando atención a una actividad?/**  
 How long does your child stay with/pay attention to an activity?:

**Lo que me preocupa sobre mi hijo/** Things that concerns me about by child: \_\_\_\_\_

**¿Ha sido evaluado su hijo anteriormente?/** Has your child ever been evaluated before?

<b>Tipo de Evaluación</b> (Evaluation Type)	<b>Nombre del Evaluador /Agencia</b> (Name of Evaluator/Agency)	<b>Evaluación/ Fecha del informe</b> (Evaluation/Report Date)
--	--	--

---



---



---



---



---

**¿Recibe/recibió su hijo/a algún servicio de terapia/intervención (terapia ocupacional [OT], fisioterapia [PT], terapia del habla y lenguaje [SLP], análisis de comportamiento aplicado [ABA], conductual, etc.)?/**  
 Does/did your child receive any therapy/intervention services (OT, PT, SLP, ABA, Behavioral, etc.)?

<b>Tipo de terapia/intervención</b> (Type of therapy/intervention)	<b>Proveedor</b> (Provider)	<b>Fechas de los servicios</b> Dates of service
---	--------------------------------	--

---



---



---



---

**\*Por favor, proporcione copias de las evaluaciones e informes de progreso de los servicios de terapia actual de su hijo\***

\*Please provide copies of evaluations and progress reports for your child's current therapy services and any previous evaluations\*





**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**  
**(CONSENT TO RELEASE CONFIDENTIAL INFORMATION)**

**Por la presente, autorizo el intercambio de información con respecto a** (I hereby authorize the exchange of information regarding):

**Nombre del niño/Child's Name:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento /DOB:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba su nombre en letra de molde) doy mi consentimiento para que los proveedores señalados con mis iniciales a continuación compartan información pertinente con respecto a mi hijo con el Distrito Escolar Unificado de San Francisco.

(I, \_\_\_\_\_ (print your name) give permission to providers checked off below to share pertinent information regarding my child with the San Francisco Unified School District.)

**(Señale  cualquier y toda organización correspondiente/Indicate  or fill-in any and all appropriate agencies)**

Golden Gate Regional Center  
 1355 Market Street, #220  
 San Francisco, CA 94103

California Children Services  
 30 Van Ness Ave. Ste. 210  
 San Francisco, CA 94102

CA Pacific Medical Center  
 3700 California Street  
 San Francisco, CA 94118  
 415-750-6200

SF Dept. of Human Services  
 PO Box 7988  
 San Francisco, CA 94103

Chinatown Child Dev. Ctr.  
 720 Sacramento Street  
 San Francisco, CA 94108

Kaiser Permanente  
 350 St. Joseph Street  
 San Francisco, CA  
 Fax: 415-883-3071

SF Easter Seal Society  
 95 Hawthorne  
 San Francisco, CA 94105

Infant Parent Program  
 SFGH Bldg. 9  
 2550 23<sup>rd</sup> Street, RM 130  
 San Francisco, CA 94110

SF General Hospital  
 1001 Potrero Ave.  
 San Francisco, CA 94110

SF Hearing & Speech Ctr.  
 1234 Divisadero Street  
 San Francisco, CA 94115

Family Development Ctr.  
 2730 Bryant Street  
 San Francisco, CA 94110

St. Luke's Hospital  
 3555 Cesar Chavez  
 San Francisco, CA 94110

Support for Families  
 2601 Mission Street, Ste. 606  
 San Francisco, CA 94110

UCSF Hospital  
 400 Parnassus Ave. RM A67  
 San Francisco, CA 94143

Multidisciplinary Assessment Center (MDAC)  
 SF General Hospital  
 1001 Potrero Ave.  
 San Francisco, CA 94110

Director/maestro del centro de cuidado infantil/escuela  
 Childcare/School/Principal/Teacher

Children's Council of SF  
 445 Church Street  
 San Francisco, CA 94114

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

Otro/Other  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

Otro/Other  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

Médicos/Physicians  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

Se podrá revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a la dirección anterior. (This authorization may be revoked at any time upon presentation of written request to the address above.)

**Firma/Signature:** \_\_\_\_\_

**Fecha/Date:** \_\_\_\_\_

**Teacher/Care Provider Input Form** (Formulario de Aportes del Maestro/Proveedor)

**\*TO BE COMPLETED BY TEACHER/CHILDCARE PROVIDER\***

**\* PARA SER LLENADO POR EL MAESTRO /PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL \***

**Name of Child/Nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth/Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**School/Center Name/Nombre de la escuela/centro:** \_\_\_\_\_

**Type of Program/Tipo de Programa:** \_\_\_\_\_

(e.g. Child Care Center, Montessori, Play-Based Preschool, Pre-Kindergarten, etc.)

(Por ejemplo, centro de cuidado infantil, Montessori, Escuela preescolar basado en el juego, Pre-Kínder, etc.)

**Language(s) used during instruction/Idioma (s) que se utiliza durante la enseñanza:** \_\_\_\_\_

**Name of person completing this form/Nombre de la persona que rellena este formulario:** \_\_\_\_\_

**Date/Fecha:** \_\_\_\_\_

**Number of children in class:** \_\_\_\_\_  
(Número de niños en la clase)

**Adult-to-child ration in class:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
¿Cuál es la tasa de adulto por niño en clase? (Adults) (Children)

**How long have you worked with this child?/¿Cuánto hace que trabajar con este niño?** \_\_\_\_\_

**Please provide information on the child’s strengths and challenges (if any) with regard to the following developmental domains.**

Por favor proporcione información sobre las fortalezas y desafíos (de haberlos) con respecto a las siguientes áreas del desarrollo del niño.

**Pre-Academics/Academics /Pre-académicos/Académicos:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Classroom Behavior/Participation /El comportamiento en clase/participación:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Communication /Comunicación:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Teacher/Care Provider Input Form (Continued) / Formulario de Aportes del Maestro/Proveedor (Continuación)**

**Daily Living Skills /Destrezas de la vida diaria:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Fine & Gross Motor /Destrezas motrices finas y gruesas:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Social/Emotional /Social/emocional:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Additional Comments /Comentarios adicionales:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Thank you for helping us better understand your student. /Gracias por ayudarnos a entender mejor su estudiante**