



FLORIDA DIAGNOSTIC & LEARNING RESOURCES SYSTEM-SOUTH
Apoyo para el aprendizaje de estudiantes excepcionales - HOJA PRINCIPAL

Elija una ubicación de servicio a continuación:

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oficina Principal | <input type="checkbox"/> Central | <input type="checkbox"/> Norte | <input type="checkbox"/> Sur |
| JRE Lee Educational Center 6521 SW 62nd Avenue South Miami, FL 33143 | Thena C. Crowder Early Childhood Diagnostic and Special Education Center 757 NW 66 th Street Miami, FL 33150 | Robert Renick Educational Center 2201 NW 207 th Street Miami Gardens, FL 33056 | Center for International Education 900 NE 23 Avenue Homestead, FL 33033 |

Fecha: _____ Referido por (nombre): _____

Teléfono de origen de referencia: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: H M En caso afirmativo, nombre de la instalación: _____

Lenguaje primario: _____ Otro idioma que se habla en casa: _____

Asiste a preescolar: S N En caso afirmativo, nombre de la escuela: _____

Padre Adoptivo/a Guardián (nombre): _____

Correo electrónico: _____ Celular: _____

Dirección de la casa: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Contacto Alternativo/Relación al niño/a (nombre): _____ Número de teléfono: _____

Razón del referido (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habla (difícil de entender, hablar no es claro) | <input type="checkbox"/> Comportamiento (agresivo, dañarse a sí mismo o a otros, desatento, activo) |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje Expresivo (vocabulario hablado limitado) | <input type="checkbox"/> Motricidad fina (sostener, dibujar, agarrar, levantar objetos pequeños) |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje Receptivo (no parece entender, dificultad para seguir instrucciones) | <input type="checkbox"/> Motricidad gruesa (torpe, se cae mucho, falta de coordinación o equilibrio) |
| <input type="checkbox"/> Socioemocional (interacción con otros, habilidades sociales) | <input type="checkbox"/> Dificultades de la vista |
| <input type="checkbox"/> Cognición (parece atrasada, dificultad para retener información) | <input type="checkbox"/> Dificultades auditivas |

Diagnostico medico: S N Especificar: _____

Recibe Servicios de Desarrollo: H/L Terapia Física Terapia Ocupacional Comportamiento

Ubicación: _____ Comentarios: _____

PARA USO DE CHILD FIND

Código de lenguaje: _____ K- _____ Información recibida por: _____

Escuela: _____ Ingresado en CHRIS por (iniciales): _____

Cita de Evaluación: _____ DB#: _____

Envíe por correo electrónico el formulario completo a FDLRS-South@dadeschools.net
Contacto: FDLRS-South al 305-274-3501