

SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
SECTION 504 - PARENT INPUT FORM

Form 504.2C Page 1 of 2

To assist us with the evaluation of your student, please complete the following information as soon as possible and return with the signed Parent Consent Form to your student's School Counselor.

Student's Name	Student Grade	Date	School
Parent/Guardian Name(s)	Phone Number		Type
			<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell
			<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell

My Student's Health: check all that apply	Explain the checked boxes:
<input type="checkbox"/> My student is not currently under doctor's care for any physical or mental condition.	
<input type="checkbox"/> My student has a physical or mental condition under doctor's care.	
<input type="checkbox"/> My student has a physical or mental condition with symptoms that are sometimes more serious than other times.	
<input type="checkbox"/> My student had a serious physical or mental condition that has gone away.	

Medication:			
<input type="checkbox"/> My student is <i>not</i> taking medication.			
<input type="checkbox"/> My is taking the following medications for the following reasons: (Attach additional pages if necessary)			
Name of Medication	Purpose of Medication	Dosage	Duration/Length of time on medication

My Student at Home: Answer the questions below and explain your responses as necessary. (Attach additional pages if necessary)
Does your student seem to have difficulty doing homework? What seems difficult? Do they receive help outside of school? On average, how much time does your student spend on homework?
Does your student have trouble accessing physical environments or need physical supports around the home and community? Explain.
Does your student have friends and interests outside of school time? Explain.
Have there been any significant changes with the family recently, (i.e. divorce, separation, relocation, serious illness, deaths, etc.)?
How are your student's coping skills to relationships, stresses and general health like sleeping and eating?

SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
ARTÍCULO 504: FORMULARIO DE APORTES DE LOS PADRES

Para ayudarnos con la evaluación de su hijo, complete la siguiente información lo antes posible y entréguela junto con el formulario de consentimiento de los padres firmado al consejero escolar de su hijo.

Nombre del alumno	Grado del alumno	Fecha	Escuela	
Nombre del padre/madre/tutor legal	Número de teléfono	Tipo		
		<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	
		<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	

Salud del alumno: Marque todo lo que corresponda	Explique los casilleros marcados:
<input type="checkbox"/> El alumno no se encuentra actualmente bajo cuidado médico por ninguna afección física o mental.	
<input type="checkbox"/> El alumno tiene una afección física o mental bajo cuidado médico.	
<input type="checkbox"/> El alumno tiene una afección física o mental con síntomas que algunas veces son más graves que otras.	
<input type="checkbox"/> El alumno tuvo una afección física o mental grave que ha desaparecido.	

Medicamentos:
<input type="checkbox"/> El alumno <u>no</u> está tomando medicamentos. <input type="checkbox"/> El alumno está tomando los medicamentos a continuación por las siguientes razones: (adjunte páginas adicionales si es necesario)

Nombre del medicamento	Función del medicamento	Dosis	Duración/frecuencia de uso del medicamento

El alumno en el hogar: Responda las preguntas a continuación y explique las respuestas según sea necesario. (adjunte páginas adicionales si es necesario)
¿Su hijo presenta dificultades para realizar la tarea para el hogar? ¿Qué dificultades presenta? ¿Recibe ayuda por fuera de la escuela? En promedio, ¿cuánto tiempo le dedica su hijo a la tarea para el hogar?
¿Tiene problemas de acceso a entornos físicos o necesita apoyo físico en el hogar o la comunidad? Explique.
¿Su hijo tiene amigos e intereses por fuera del horario escolar? Explique.
¿Han ocurrido recientemente cambios significativos en la familia (divorcio, separación, traslado, enfermedades graves, muertes, etc.)?
¿Cómo son las habilidades de su hijo para resolver problemas en cuanto a las relaciones, el estrés y la salud en general, como dormir y comer?

聖馬刁聯合高中學區
第 504 條 - 家長資訊提供表

表 504.2C
第 1 頁，共 2 頁

為了協助我們對您的子女進行評估，請儘快填寫以下資訊，並與簽署好的家長同意書一起交還給您子女的學校輔導員。

學生姓名	學生年級	日期	學校	
家長 / 監護人姓名	電話	類型		
		<input type="checkbox"/> 家庭	<input type="checkbox"/> 手機	
		<input type="checkbox"/> 家庭	<input type="checkbox"/> 手機	

我子女的健康：請選擇所有的適用項	對所選項的解釋說明：		
<input type="checkbox"/> 我的子女目前沒有因為任何身體或心理狀況接受醫生的護理。			
<input type="checkbox"/> 我的子女存在接受醫生護理的身體或心理狀況。			
<input type="checkbox"/> 我的子女存在症狀時好時壞的身體或心理狀況。			
<input type="checkbox"/> 我的子女存在已經消失的嚴重身體或心理狀況。			
藥物：			
<input type="checkbox"/> 我的子女 <u>沒有</u> 在接受藥物治療。			
<input type="checkbox"/> 我的子女出於以下原因正在接受以下藥物治療：（如有需要，請附加更多頁面）			
藥物名稱	用藥目的	用量	藥物治療的持續時間/期間長度

子女的在家情況：回答以下問題，並在必要時，解釋您的答案。 (如有需要，請附加更多頁面)
您的子女是否在完成家庭作業上存在困難？存在哪些困難？他們是否獲取校外的幫助？平均來看，您的子女完成家庭作業需要多長時間？
您的子女是否在進出物理空間方面存在困難，或者在住所和社區周邊需要物理支援？解釋說明。
您的子女在校外時間是否有朋友和興趣愛好？解釋說明。
最近是否發生了任何重大的家庭變故（例如，離婚、分居、搬遷、嚴重疾病、死亡等）？
您的子女在人際關係、壓力和一般健康（睡眠和飲食）方面的應對技能如何？

My student at School: Answer the questions below and explain your responses as necessary.
(Attach additional pages if necessary)

Has your student ever been assessed for special education? When and where?

Do you feel your student is having difficulties at school? How long has your child been having difficulties? How do these difficulties manifest in your student learning?

Have you shared your concerns with any school personnel? With whom? When? Were there any actions taken?

What do you think is causing the difficulties at school?

What accommodations do you think would be necessary in order for your student to have an equal opportunity in receiving an education?

Please add any additional information and concerns which could help in our evaluation.

Please attach any documentation which could help with the evaluation. Examples of documents that could assist us in the evaluation could include a doctor's note or school reports. (Note: This is not necessary if you do not have any reports to share.)

Signature of Parent/Guardian

Date

School Personnel Only: Date Received _____

El alumno en la escuela: Responda las preguntas a continuación y explique las respuestas según sea necesario.
(adjunte páginas adicionales si es necesario)

¿Su hijo ha sido evaluado para recibir educación especial alguna vez? ¿Cuándo y dónde?

¿Considera que a su hijo no le va bien en la escuela? ¿Hace cuánto tiempo tiene dificultades? ¿Cómo se manifiestan estas dificultades en el aprendizaje de su hijo?

¿Ha compartido sus inquietudes con el personal de la escuela? ¿Con quién? ¿Cuándo? ¿Se tomaron medidas?

¿Qué considera que puede ser el causante de las dificultades en la escuela?

¿Qué adaptaciones considera que serían necesarias para que su hijo tuviera igualdad de oportunidades para recibir educación?

Agregue cualquier información e inquietudes adicionales que puedan ayudar en nuestra evaluación.

Adjunte cualquier documentación que pueda ayudar con la evaluación. Entre los ejemplos de documentos que pueden ayudarnos en la evaluación se encuentran las notas del médico o los informes escolares. (Nota: Esto no es necesario si no tiene ningún informe que compartir).

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Solo para el personal escolar: Fecha de recepción _____

子女的在校情況：回答以下問題，並在必要時，解釋您的答案。
(如有需要，請附加更多頁面)

您的子女是否曾接受過特別教育評估？什麼時候，什麼地方？

您覺得您的子女在學校存在困難嗎？您的子女存在困難有多長時間了？這些困難是如何體現在您子女的學習上的？

您是否曾與任何學校人員分享過您關切的問題？與誰分享的？什麼時候？是否採取過任何措施？

您認為是什麼導致了您的子女在學校存在的困難？

您認為，有必要進行哪些便利調整才能讓您的子女享有接受教育的平等機會？

請添加任何可以說明我們開展評估的額外資訊和關切。

請附上可以幫助開展評估的任何文檔。能幫助我們開展評估的文檔例子包括醫生證明或學校報告。(注：如果您沒有可供分享的任何報告，也沒有關係，這些文檔並非必需的。)

家長/監護人簽名

日期

僅由學校人員填寫：收到日期_____