



Paquete de información de servicios especiales

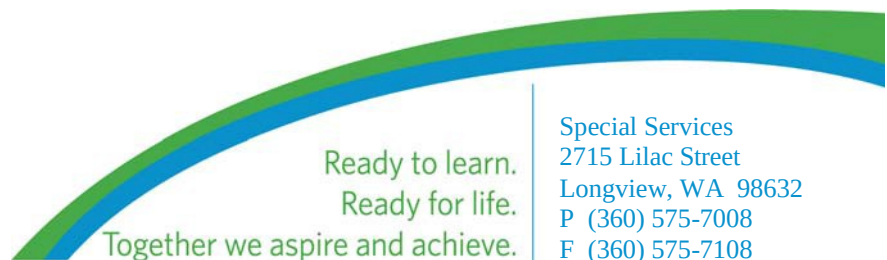
Bienvenido al Distrito Escolar de Longview. Se recomienda a usted y a su hijo que participen activamente en el proceso educativo. Usted conoce mejor a su hijo, y agradecemos y valoramos la información y las ideas que aporta.

Su escuela revisará la información del distrito anterior para confirmar la elegibilidad. La colocación de su hijo en el Programa de Educación Especial puede ser temporal. Dentro de los treinta (30) días posteriores a la admisión, se le notificará el modelo de servicio sugerido de su(s) estudiante(s).

La Ley de Privacidad de los Derechos Educativos de la Familia (FERPA) permite que un distrito escolar vuelva a divulgar los registros educativos a las escuelas en las que el estudiante se inscribe o tiene la intención de inscribirse. Esto incluye agencias no públicas aprobadas y otras escuelas privadas.

El padre o estudiante elegible tiene derecho a:

1. Inspeccionar y revisar los registros educativos del estudiante.
1. Solicitar la modificación de los registros educativos del estudiante para asegurarse de que
2. no sean inexactos, engañosos o que de otra manera infrinjan la privacidad del estudiante u otros derechos.
3. Aceptar las divulgaciones de información de identificación personal explicada en los registros educativos del estudiante, excepto en la medida en que la Ley y los reglamentos en esta parte autoricen la divulgación sin consentimiento.
4. Presentar ante el Departamento de Educación de EE. UU. una queja bajo la Sección 99.64 sobre supuestos incumplimientos de la agencia para cumplir con los requisitos de la Ley y esta parte.
5. Obtener una copia de la política adoptada bajo la Sección 99.6. Una copia de esta política está disponible si se la solicita en la Oficina del Superintendente del Distrito Escolar de Longview ubicada en 2715 Lilac Street, Longview, WA 98632





Autorización para el intercambio de registros educativos

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Destino de transferencia _____

Origen de transferencia:

La escuela _____

Distrito _____

Teléfono / fax _____

Dirección _____

Por la presente autorizo el intercambio de registros entre el Distrito Escolar de Longview y
_____ con fines de colocación y elegibilidad.

Autorización para el intercambio de registros educativos:

- | | |
|---|--|
| ☐ IEP | ☐ Registros psicológicos y de asesoramiento |
| ☐ Evaluaciones | ☐ Registros de salud |
| ☐ Resultados de exámenes | ☐ Otro: _____ |

La Ley de Privacidad de los Derechos Educativos de la Familia (FERPA) permite que un distrito escolar vuelva a divulgar los registros educativos a las escuelas en las que el estudiante se inscribe o tiene la intención de inscribirse. Esto incluye agencias no públicas aprobadas y otras escuelas privadas. Es posible que esta información ya no esté protegida por la ley federal.
No es necesario que firme esta autorización. Negarse a firmar la autorización no afectará negativamente su capacidad de recibir servicios.

Entiendo que es mi derecho solicitar una copia de toda la información y objetar cualquier información que considere incorrecta. El consentimiento puede retirarse en cualquier momento por escrito, excepto cuando la información ya se haya divulgado de acuerdo con mi autorización.

Firma de los padres/tutor _____ **Fecha** _____

Parentesco con el estudiante _____

Identificación del Estudiante:
WA SSID:
Fecha de nacimiento:

Longview Public Schools
2715 Lilac
Longview, WA 98632
360-575-7052

Consentimiento de Medicaid

Fecha: _____

PROPÓSITO: Este formulario solicita su consentimiento para compartir la información necesaria para verificar la elegibilidad de Medicaid y facturar el reembolso de Medicaid basado en la escuela a la Administración de Servicios de Recuperación y Salud del Estado de Washington. Facturación HCA no afecta los beneficios individuales bajo Medicaid o requiere un copago o deducible. Si tiene preguntas con respecto a esta solicitud, llame al Director de Educación Especial del distrito escolar o su designado para obtener una explicación de por qué se realiza la solicitud.

El nombre del estudiante: _____ SSID del alumno: _____

Colegio actual: _____ Fecha de nacimiento: _____

La ley estatal requiere que el distrito escolar presente reclamos por servicios relacionados con la salud provistos a estudiantes de educación especial o estudiantes remitidos para educación especial. Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje, audiología, enfermería, asesoramiento y evaluación psicológica.

Con tu permiso, Longview Public Schools, enviará el nombre y la fecha de nacimiento de su estudiante a la Autoridad de Atención Médica del Estado de Washington (HCA) para verificar la elegibilidad de Medicaid. Tal solicitud de ninguna manera tendrá un impacto negativo en los servicios incluidos en el programa de educación individualizado (IEP) de su hijo.

Con su permiso, compartiremos la información de identificación necesaria del registro educativo de su hijo para acceder al reembolso federal de Medicaid de la Autoridad de Atención Médica del Estado de Washington (HCA). Si se agregan servicios adicionales de reembolso de Medicaid al IEP, el distrito escolar solicitará un consentimiento adicional. Si mi hijo ya no es atendido por este distrito escolar, este consentimiento no se transfiere a un nuevo distrito.

Esta autorización comenzará en .

Al dar su consentimiento, usted reconoce que (1) ha sido completamente informado de toda la información relevante para la actividad para la cual se solicita el consentimiento; (2) comprende que la concesión del consentimiento es voluntaria de su parte y puede revocarse en cualquier momento; y (3) si revoca el consentimiento, la revocación no es retroactiva; lo que significa que no niega ninguna actividad que ya haya tenido lugar.

☐ Doy mi consentimiento para verificar la elegibilidad de Medicaid con HCA y para presentar reclamos por servicios permitidos.

☐ No doy mi consentimiento para verificar la elegibilidad de Medicaid con HCA y para presentar reclamos por servicios permitidos. Entiendo que mi negativa no afecta el acceso de mi hijo a los servicios del Programa de educación individualizada.

Firma del padre

Fecha

Actualización del historial de desarrollo/social

Fecha: _____

Estimados padres/tutores:

Como parte del proceso de evaluación, le agradeceríamos que complete este formulario. Tenga en cuenta los cambios que haya observado en su hijo durante los últimos tres años que deben considerarse con respecto al diseño de su programa educativo actual.

Dirección actual: _____

Teléfono: _____

Historia médica

Nombre del hijo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Hermanos/as (edad y género): _____

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo toma medicamentos? En caso afirmativo, ¿qué toma: _____

Problemas de salud o restricciones: _____

Enfermedades pasadas:

☐ Accidentes

☐ Operaciones

☐ Infecciones del oído

☐ Lesiones graves en la cabeza

☐ Fiebre alta

☐ Enfermedad grave

☐ Convulsiones

☐ Otro: _____

Explicar lo que haya marcado: _____

Visión y audición: Fecha del último chequeo: _____ Hecho por quién: _____

Ha habido problemas consistentes con: ☐ Visión ☐ Audición ☐ Habla ☐ Desarrollo motor

Explique: _____

Estresores recientes: _____

Cambios familiares que pueden ser importantes para el proceso educativo: _____

Firma de los padres/tutor: _____ / Parentesco _____ Fecha: _____

OVER→

Historial del niño:

Complicaciones durante el embarazo (explique): _____

Fiebre alta. _____

Complicaciones al nacer (explicar): _____

Peso de nacimiento: _____

☐ Fumaba ☐ Bebía alcohol Medicamentos: _____

Edad a la que su hijo (use "N" si es normal): Habló : Palabras _____ Oraciones _____

Se sentó _____ Gateó _____ Caminó _____ Aprendió a usar el
baño _____**Problemas consistentes con (marque todo lo que corresponda):****CONDUCTA**☐ Alto nivel de actividad☐ Distráido☐ Problemas interpersonales frecuentes☐ Agresividad☐ Impulsividad: incapaz de retrasar la gratificación☐ Mentir☐ Robar☐ Dificultad con las reglas de autoridad, límites, leyes**ANSIEDAD/DEPRESIÓN**☐ Infelicidad/depresión☐ Aprensión/preocupación☐ Quejas/enfermedades somáticas☐ Nerviosismo general☐ Problemas de comida☐ Pesadillas☐ Problemas de sueño/
aumento o disminución☐ Chuparse el dedo, morderse las uñas

u otros hábitos nerviosos

☐ Enuresis☐ Preocupación por la apariencia física☐ Miedos irracionales☐ Dificultad con la atención/concentración☐ Ideas suicidas**PROCESOS DE PENSAMIENTO**☐ Ideas extrañas☐ Desconectado, Problemas de lenguaje☐ Incapacidad para hacer frente, a la abstracción, los cambios ambientales☐ Incapacidad para expresar ideas☐ Manierismos/comportamientos sociales inusuales

Explique según sea necesario: _____

Comportamiento:

¿Su hijo tiene problemas para llevarse bien con (marque si es así):

☐ Niños en la escuela☐ Otros niños☐ Hermanos/as☐ Padres☐ Maestros☐ Escuela

Comentarios: _____

Intereses especiales: _____

¿Tiene su hijo dificultades para aceptar responsabilidades en casa? ☐ Sí ☐ No

El método de disciplina más efectivo: _____

Educativo:

Experiencias escolares pasadas (incluye calificaciones repetidas, fechas, ubicación) _____

Proporcione cualquier comentario adicional, inquietud o información básica que pueda ayudarnos a trabajar con su hijo: _____