



Livermore Valley Joint Unified School District

1

Special Education

685 East Jack London Boulevard, Livermore, CA 94551

Telephone (925) 606-3225 Fax (925) 606-3443

Queridos padres / tutores,

Gracias por comunicarse con el Distrito Escolar Unificado Conjunto de Livermore Valley en relación con una solicitud de evaluación para determinar la elegibilidad de su hijo(a) para recibir servicios de educación especial.

Debe cumplir con los siguientes criterios para continuar:

- El niño(a) tiene 3 años o más al momento de la inscripción
- El niño(a) es menor de 3 años y recibe servicios o es referido por el Centro Regional
- El niño(a) reside dentro de los límites del Distrito de Livermore y asiste a una escuela privada

Para inscribir a su hijo(a) en una evaluación, debe completar los siguientes pasos:

1. Complete la inscripción en línea para el año escolar actual en [New Student Registration](https://www.livermoreschools.org/departments/educational-services/student-services/enrollment-transfers/new-student-enrollment) (<https://www.livermoreschools.org/departments/educational-services/student-services/enrollment-transfers/new-student-enrollment>).
 - a. Se le indicará que cree una cuenta y comience un nuevo formulario de estudiante. En la opción de grado, por favor seleccione “PK Special Ed Preschool” o “PK Speech Only”. Cuando llegue a la sección de Educación Especial, por favor seleccione “sí” para continuar con la inscripción. Una vez que haya completado la inscripción en línea, recibirá un correo electrónico de confirmación.
2. Una vez que haya recibido el correo electrónico de confirmación, por favor lleve los documentos requeridos **incluidos los registros de vacunación** al Departamento de Educación Especial en la Oficina del Distrito ([Required Original Documents](#)) (pág.2).
 - a. Nuestra oficina está abierta de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., de Lunes a Viernes.
3. Complete el formulario de historial de salud del estudiante (pág. 3).
[Student Health History Form \(English\)](#)
[Student Health History Form \(Spanish\)](#)
4. Complete el cuestionario de evaluación de educación especial (pág.4).

Una vez que el Departamento de Educación Especial haya recibido todos los documentos requeridos y verificado que se ha completado la inscripción en línea, se enviará la remisión a los evaluadores correspondientes y nos pondremos en contacto con usted en un plazo de 15 días naturales. No dude en comunicarse con el Departamento de Educación Especial al 925-606-3232 si tiene alguna pregunta.

Gracias,

El Departamento de Educación Especial
(925) 606-3232

Documentos Requeridos para la Inscripción de Nuevos Estudiantes

Se requieren los siguientes documentos para la inscripción de estudiantes nuevos. Por favor, presente únicamente los originales. **Todos los documentos serán verificados y devueltos de inmediato.**

Un Comprobante de Fecha de Nacimiento

- Certificado de nacimiento (preferible)
- Pasaporte
- Declaración del funcionario del registro civil local o del registrador del condado que certifique la fecha de nacimiento

Documento de identidad con fotografía de un padre o tutor

- Licencia de conducir
- Identificación emitida por California
- Pasaporte

Uno de los siguientes comprobantes de domicilio de la lista a continuación:

- Estado de cuenta hipotecario actual (documentos de depósito en garantía que muestren el cierre de la venta a más tardar siete días después del primer día de clases del estudiante)
- Factura del impuesto sobre la propiedad
- Contrato de arrendamiento o alquiler que incluya la dirección de la propiedad, los nombres de los ocupantes y las firmas de ambas partes

Y un comprobante de domicilio de la siguiente lista:

- Factura reciente de PG&E con el nombre y la dirección indicados
- Factura reciente de recolección de basura con el nombre y la dirección indicados
- Factura reciente de cable con el nombre y la dirección indicados
- Factura reciente de agua con el nombre y la dirección indicados

ADEMÁS: Comprobante de vacunación

Además de los documentos anteriores, por favor presente el original y una copia del registro de vacunación más reciente, firmado o sellado por un médico. Consulte los enlaces a continuación para ver las vacunas requeridas.

[Vacunas Necesarias \(Enlace en Español/Spanish Link\)](#)
[Required Immunizations \(English\)](#)



Livermore Valley Joint Unified School District

685 East Jack London Boulevard, Livermore, CA 94551

Telephone (925) 606-3225 Fax (925) 606-3443

HISTORIA DE LA SALUD DE LOS ESTUDIANTES

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOCTOR ACTUAL: _____ DENTISTA ACTUAL: _____

Estado de salud actual del niño(a): Pobre: _____ Justo: _____ Bueno: _____ Excelente: _____

Padre/tutor: Por favor, circule "SI" o "NO" y describa la condición si "SI":

Sí No ALERGIAS?: Estacional: _____ Comida: _____ Medicamentos: _____
Otros alérgenos? _____

Sí No Regular MEDICATION(S) (Además de vitaminas?): Nombre, Dosis, Frecuencia? _____

Sí No Hay problemas al nacer o en la infancia?: _____

Sí No HOSPITALIZACIONES(S)/CIRUGÍA: Fecha/Razón?: _____

Sí No Problemas DE DESARROLLO?: _____

Sí No Hay problemas de COMPORTAMIENTO ACTUAL?: _____

Sí No Hay problemas emocionales?: _____

Sí No Hay problemas de audiencia?: _____

Sí No Hay problemas de VISIÓN?: _____

Sí No DOLORES DE CABEZA: Tipo/ Frecuencia?: _____

Sí No Hay PROBLEMAS DE CORAZON O Defecto?: _____ Restricciones?: _____

Sí No ASTHMA?: _____

Sí No DIABETES: ¿Tipo 1 or 2? ¿Medicamentos y método de parto?: _____

Sí No HAY CONVULSIONES?: _____

Sí No HAY DISPONIBILIDAD Física?: _____

Sí No HAY PROBLEMAS DIGESTIVOS?: _____

OTRAS PREOCUPACIONES/PROBLEMAS DE SALUD?: _____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIANO: _____ FECHA: _____

Si su estudiante tiene una condición de salud o alergia potencialmente mortal, comuníquese con su enfermera de la escuela para planificar la salud en la escuela. <http://www.livermoreschools.org/healthservices>



Cuestionario de Evaluación de Educación Especial

¿Se ha completado el registro en línea y se ha recibido la confirmación? ☐ Sí ☐ No

Información del estudiante

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Género: _____

Escuela a la que asiste actualmente: _____

Idioma principal: _____

Información del padre/madre/tutor

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Calificación actual: _____

¿Cuál es su área de preocupación? _____

Persona que realiza la derivación: _____

¿Cuándo se observó la preocupación por primera vez y quién la observó? _____

¿Es el niño(a) consciente de la preocupación?? ☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo, ¿qué opinan al respecto? _____

¿A qué edad empezó a hablar su hijo(a)? _____

Entiendes a tu hijo(a)? ☐ Sí ☐ NO

¿Cómo se comunica su hijo(a)? (Marque todas las opciones que correspondan) ☐ Palabras

☐ Gestos ☐ Firma ☐ No se comunica

Información adicional: _____

Para comprender mejor el área de interés, por favor marque todas las casillas que correspondan:

	Nunca	A veces	Siempre
Dificultad para producir sonidos	☐	☐	☐
Dificultad para ser entendida	☐	☐	☐
Dificultad para entender lo que se dice	☐	☐	☐
Dificultad para seguir instrucciones	☐	☐	☐
Dificultad para combinar palabras para expresarse	☐	☐	☐
Dificultad para responder a las preguntas de manera adecuada	☐	☐	☐
¿Imita su hijo(a) acciones cuando se le muestra cómo hacer algo?	☐	☐	☐
¿Tu niño(a) juega con juguetes?	☐	☐	☐

Continuar a la página siguiente

	Nunca	A veces	Siempre
¿Tu hijo(a) escucha una historia?	☐	☐	☐
¿Utiliza su hijo(a) un dispositivo de movilidad?	☐	☐	☐
¿Camina su hijo(a)?	☐	☐	☐

	Sí	No
¿Su hijo(a) usa gafas?	☐	☐
¿Su hijo(a) tiene pérdida auditiva?	☐	☐
¿Su hijo(a) usa audífonos?	☐	☐
¿Existe algún diagnóstico médico?	☐	☐

Por favor, explique: _____

¿Ha tenido su hijo(a) múltiples infecciones de oído? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

¿Ya controla los esfínteres su hijo(a)? ☐ Sí ☐ No

¿Hay otras agencias o clínicas involucradas (p. ej., el Centro Regional)? En caso afirmativo, por favor enumérelas: _____

¿Existen informes y evaluaciones previos que puedan ser útiles para la evaluación inicial de su hijo(a)? _____

¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa? _____

¿Tiene su hijo(a) dificultades tanto en su idioma materno como en inglés? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene algún comentario o información adicional que le gustaría compartir? _____

For Office Use Only:

Assessment Registration Received by: _____ Date: _____

☐ Full Team Assessment

☐ Sent to Psychologist

☐ ISP

☐ Speech Only Assessment

☐ Sent to Speech Pathologist

☐ Regional Center

☐ Bilingual Assessment

☐ Previous IEP: _____

☐ Private School

☐ Previous Assessment: _____

Notes: _____