



DISTRITO ESCOLAR DE FOLSOM CORDOVA

Departamento de Educación Especial

1965 Birkmont Drive Rancho Cordova, CA 95742

(916) 294-9007 ■ FAX (916) 294-9023

Estimado padre/tutor,

Gracias por su interés en la Evaluación de la Primera Infancia de FCUSD para preescolar. Se adjuntan los formularios necesarios para inscribir a su hijo(a) en edad preescolar y determinar si él / ella se beneficiaría de una evaluación formal. Por favor complete los formularios adjuntos y envíelos junto con una copia de la prueba de residencia, el certificado de nacimiento y la cartilla de vacunación de su hijo(a) a (SPED-ECAT@fcusd.org) por correo electrónico, fax o correo postal a:

FCUSD Servicios de Apoyo Estudiantil
1965 Birkmont Drive
Rancho Cordova, CA 95742
Atención: Special Ed - ECAT

- **Formulario de información de contacto y residencia y prueba de residencia como:** Recibos de servicios para la vivienda, recibos de nómina, documentos de inscripción en el censo electoral, contrato de alquiler, estado de cuenta del crédito hipotecario u otros documentos oficiales que demuestren la dirección de la residencia.
- **Formulario confidencial del historial de salud**
Por favor, complete el formulario lo mejor que pueda, aunque algunas preguntas sean difíciles de responder. En la hoja de vocabulario, marque las palabras para indicar las que su hijo(a) dice o intenta decir por sí mismo(a) actualmente. No es necesario que pronuncie las palabras correctamente. (Por ejemplo, si su hijo(a) dice “wa-wa” para “agua”, debe marcar la palabra “agua”).
- **Certificado de nacimiento del niño(a) (copia)**
Si no tiene el certificado de nacimiento de su hijo(a), puede obtener una copia en la Oficina del Registro Civil del condado en el que nació el/la niño(a). Se aceptan otros documentos como comprobantes de edad, tales como el pasaporte de su hijo(a), el anuncio del hospital o el certificado de bautismo.
- **Cartilla de vacunación del niño(a) (copia)**
- **En su caso, copias de evaluaciones o informes previos**

Gracias,

Oficina de Educación Especial

916-294-9007 ext. 102425

916-294-9023 (fax)

SPED-ECAT@fcusd.org

Adjunto: Garantías procesales

Formulario de contacto/residencia

Formulario confidencial del historial de salud

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FOLSOM CORDOVA
INFORMACIÓN DE CONTACTO Y RESIDENCIA PARA PREESCOLAR

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre legal tal como aparece en el certificado de nacimiento de su hijo:

(Apellido, Nombre, Segundo nombre)
Otro nombre: (si lo utiliza): _____ Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Dirección postal: (si es diferente): _____
Dirección de correo electrónico: _____
El estudiante vive con: _____
Si los padres están divorciados/separados, ¿A quién se le concedió la custodia física? _____
¿Los documentos de la custodia están en el expediente del alumno? ☐ Si ☐ No

Origen étnico del estudiante (marque todo lo que aplique):

☐ Nativo Americano	☐ Hawaiano	☐ Indio Asiático	☐ Guameño
☐ Laosiano	☐ Hispano	☐ Chino	☐ Samoano
☐ Camboyano	☐ Afroamericano	☐ Japones	☐ Tahitiano
☐ Asiático, otros	☐ Islas del Pacífico, otros	☐ Coreano	☐ Vietnamita
		☐ Filipino	☐ Blanco

Primer idioma del estudiante: _____ ¿Qué idioma se habla en el hogar? _____

Enumere todas las escuelas / distritos escolares a los que ha asistido el estudiante:

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

NOMBRE DEL DISTRITO: _____

Nivel educativo más alto de los padres o tutores del estudiante:

Por favor, marque una opción:

Padre o madre/Tutor 1 Nombre: _____	Padre o madre/Tutor 2 Nombre: _____
☐ Licenciatura o superior	☐ Licenciatura o superior
☐ Graduado universitario	☐ Graduado universitario
☐ Algo de estudios universitarios o título de asociado	☐ Algo de estudios universitarios o título de asociado
☐ Graduado de preparatoria	☐ Graduado de preparatoria
☐ No se graduó de la preparatoria	☐ No se graduó de la preparatoria
☐ Prefiero no contestar	☐ Prefiero no contestar

En caso de que mi hijo se enferme, tenga una emergencia o sea suspendido y no me puedan localizar, por favor llamen y entreguen a mi hijo a la persona que se indica a continuación, en el siguiente orden:

Nombre: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono celular: _____

Marque uno: ☐ Vecino ☐ Familiar ☐ Guardería ☐ Otro: _____

Nombre: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono celular: _____

Marque uno: ☐ Vecino ☐ Familiar ☐ Guardería ☐ Otro: _____

Declaración jurada de residencia

De conformidad con la Política 5117 del Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova, por medio de la presente declaro que resido con mi estudiante en el domicilio indicado en este formulario. La falsificación de esta dirección supondrá la anulación inmediata de la inscripción.

Bajo pena de perjurio, confirmo que toda la información contenida en este formulario es verdadera.

Firma del padre o madre/tutor

Escriba nombre del padre o madre/tutor

Fecha



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FOLSOM CORDOVA SELPA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL
1965 Birkmont Drive, Suite 206, Rancho Cordova, CA 95742
(916) 294 9007
FAX (916) 294-9023

Formulario de historial médico
Confidencial

Persona completando el formulario: _____

FECHA: _____ Nombre completo del niño: _____

Apodo del niño: _____ Etnicidad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre o madre/tutor 1: _____ Empleador: _____

Parentesco con el niño: _____

Números de teléfono: casa: _____ celular: _____ trabajo: _____

Padre o madre/tutor 2: _____ Empleador: _____

Parentesco con el niño: _____

Números de teléfono: casa: _____ celular: _____ trabajo: _____

¿Con quién vive su hijo? _____

Dirección donde vive su hijo: _____

Hermanos: _____ edad: _____

_____ edad: _____

_____ edad: _____

_____ edad: _____

¿Quién remitió a su hijo para una evaluación? _____

¿Cuál es el motivo por el que su hijo fue remitido? _____

Nombre y dirección del preescolar al que asiste su hijo: _____

Días y horas de asistencia: _____

Nombre y apellidos del maestro de preescolar: _____

Nombre de la escuela primaria a la que asistirá su hijo en Kindergarten: _____

¿Cuándo empezará su hijo el kindergarten? _____

HISTORIA PRENATAL:

La atención prenatal comenzó a los _____ meses. En caso de haber tenido problemas en el embarazo por favor explíquelos a continuación:

Historial médico familiar relevante:

☐ Alcohol
☐ Tabaco

☐ Diabetes
☐ Toxemia

☐ Presión arterial alta

NACIMIENTO/PARTO

¿Su hijo fue prematuro? _____ ¿En caso afirmativo, cuanto se adelantó? _____

Tipo de parto: ☐ vaginal ☐ cesárea

Peso del bebe: _____ Puntuación APGAR (si la conoce): _____

¿Le informaron de problemas durante el parto o después? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo nació de color azul? ☐ Si ☐ No

¿Se requirió el uso de oxígeno? ☐ Si ☐ No

¿Fue necesario aplicar anestesia? ☐ Si ☐ No

¿El cordón umbilical estaba enredado en el cuello del bebe? ☐ Si ☐ No

¿Se quedó su hijo en el hospital por razones médicas después de nacer? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? _____ ¿Por qué motivo? _____

¿Su hijo tuvo problemas de alimentación o succión durante su estancia en el hospital? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los problemas?

HISTORIAL ALIMENTICIO

¿Su hijo tuvo dificultades para alimentarse del pecho o del biberón? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, explique:

¿Dejó de amamantar antes de tiempo porque pensó que no tenía suficiente leche? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo presenta regurgitación nasal cuando le alimenta? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo necesita equipo especial para ser alimentado? _____ ☐ Sonda G ☐ Sonda NG

¿Su hijo usa biberón actualmente? ☐ Si ☐ No ¿A qué edad lo dejó?: _____

¿Su hijo usa chupón actualmente? ☐ Si ☐ No ¿A qué edad lo dejó?: _____

¿Su hijo usa un vasito sorbedor actualmente? ☐ Si ☐ No ¿A qué edad lo dejó?: _____

¿Su hijo se chupa el dedo actualmente? ☐ Si ☐ No ¿A qué edad lo dejó?: _____

¿Cuándo empezó su hijo a comer alimentos sólidos? _____

¿Cómo fue la transición a alimentos sólidos? _____

¿Cuáles son los alimentos favoritos de su hijo? _____

¿Qué se niega a comer su hijo? _____

¿Su hijo escupe la comida después de masticar? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, indique el tipo de alimento:

¿Su hijo se «mete» demasiada comida en la boca? ☐ Si ☐ No

¿A su hijo le gusta la comida picante? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo babea? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo sabe mascar chicle? ☐ Si ☐ No

AUDICIÓN Y VISIÓN

¿Su hijo ha tenido infecciones de oído? Si ☐ No ☐ ¿Cuántas? _____

En caso afirmativo, ¿a qué edad empezaron las infecciones de oído? _____

Si ya no ha tenido, ¿cuándo pararon? _____

¿Las infecciones de oído eran crónicas? (ocurrían de manera constante)

☐

Si

☐

No

¿Se le colocaron tubos de compensación de presión?

☐

Si

☐

No

En caso afirmativo, ¿cuándo se insertaron y qué médico lo hizo?

¿Todavía tiene los tubos en ambos oídos?

☐

Si

☐

No

¿Le han hecho una prueba de audición a su hijo?

☐

Si

☐

No

En caso afirmativo, ¿dónde se le hizo la prueba?

_____ ¿Cuándo fue la última prueba de audición? _____

¿Cuál es el resultado de la prueba de audición? Oído izquierdo _____ Oído derecho _____

¿Se le ha hecho una prueba de visión a su hijo?

☐

Si

☐

No

¿Cuándo fue la prueba de visión? _____

¿Cuáles fueron los resultados de la prueba de visión? Ojo izquierdo _____ Ojo derecho _____

¿Su hijo usa lentes?

☐

Si

☐

No

HISTORIAL DE SALUD

¿Su hijo ha tenido fiebre alta?

☐

Si

☐

No

Si, ¿cuándo? _____

¿Su hijo ha tenido convulsiones?

☐

Si

☐

No

Si, ¿cuándo? _____

¿Su hijo ha tenido cirugías?

☐

Si

☐

No

Si, ¿qué cirugías se le realizaron?

(enumere el tipo de cirugía y la fecha):

¿Su hijo suele aclarar la voz?

☐

Si

☐

No

¿Su hijo está ronco a menudo?

☐

Si

☐

No

¿Su hijo tiene tos crónica?

☐

Si

☐

No

¿Su hijo habla con voz alta a menudo?

☐

Si

☐

No

¿Su hijo parece tener tos cuando en realidad no la tiene?

☐

Si

☐

No

¿Su hijo ronca?

☐

Si

☐

No

¿Su hijo respira por la boca?

☐

Si

☐

No

¿Su hijo tiene alergias?

☐

Si

☐

No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

¿Su hijo toma medicinas o fármacos de forma habitual?

☐

Si

☐

No

En caso afirmativo, enumérelas: _____

¿Su hijo ha sufrido algún accidente grave, se ha lesionado o ha estado en un accidente de tráfico?

☐

Si

☐

No

En caso afirmativo, descríbalos: _____

¿Su hijo ha tenido neumonía?

☐

Si

☐

No

¿Cuándo fue su última visita al pediatra? _____

¿Cómo se llama su pediatra? _____

Número de teléfono _____

¿Las vacunas de su hijo están al corriente?

☐

Si

☐

No

¿Es capaz de ir al baño sin ayuda?

☐

Si

☐

No

¿A partir de qué edad? _____

HISTORIAL FAMILIAR DE SALUD RELEVANTE

☐
☐
☐
☐
☐

Alcoholismo

Asma

Cáncer

Diabetes

Enfermedad cardíaca

☐
☐
☐
☐

Problemas de aprendizaje

Salud mental

Servicios de edu.especial

Alcoholismo

☐
☐
☐
☐

Asma

Cáncer

Diabetes

Enfermedad
cardíaca

Comentarios/Otros: _____

HISTORIAL DE HABLA Y LENGUAJE

¿Su hijo era inusualmente silencioso de bebé?

☐

Si

☐

No

(por ejemplo, no se arrullaba ni balbuceaba mucho)

¿Su hijo le mira cuando se comunica?

☐

Si

☐

No

¿Su hijo ha tenido más lenguaje del que utiliza actualmente?

☐

Si

☐

No

¿Es el inglés el primer idioma de su hijo?

☐

Si

☐

No

¿En caso contrario, cual es el primer idioma de su hijo? _____

¿Qué porcentaje del tiempo habla con su hijo en inglés? _____

¿Cuándo dijo su hijo su primera palabra? _____

¿Cuándo empezó su hijo a combinar palabras? _____

¿Cuándo habló su hijo con oraciones completas? _____

Enumere tres gestos sencillos que utilice su hijo (por ejemplo: "bye bye" o levanta los brazos para que lo carguen)

Me preocupa que a mi hijo se le dificulta: (marque todas las que apliquen)

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Producir sonidos y palabras

Aprender los nombres de las cosas

Recordar los nombres de las cosas

Tener conversaciones

Uso correcto de la gramática

Prestar atención cuando la gente habla

Jugar con sus compañeros

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Producir oraciones comprensibles

Comprender instrucciones verbales

Responder a preguntas

Hablar con fluidez

Interactuar socialmente con sus compañeros

Prestar atención cuando se le lee

Tomar turnos

Por favor, describa estas preocupaciones con más detalle y/o añada otras inquietudes que no estén incluidas en la lista anterior:

DESARROLLO MOTOR GRUESO

Edad a la que su hijo:

Se sentó sin apoyo _____

Gateo _____

Caminó _____

¿Su hijo:

puede andar en Bicicleta? ☐ Si ☐ No

saltar en dos pies? ☐ Si ☐ No

saltar en un pie? ☐ Si ☐ No

¿La coordinación de su hijo es similar a la de otros niños de su edad? ☐ Si ☐ No

HABILIDADES MOTORAS FINAS

¿Su hijo puede usar:

el tenedor? ☐ Si ☐ No

la cuchara? ☐ Si ☐ No

el lápiz? ☐ Si ☐ No

las tijeras? ☐ Si ☐ No

¿Qué mano prefiere su hijo? _____

¿Su hijo tiene dificultades para manipular objetos pequeños? ☐ Si ☐ No

HABILIDADES DE JUEGO

Marque todas las actividades que le gustan a su hijo:

☐ Disfrazarse	☐ Bloques para construir	☐ Fiestas del té
☐ Recortar	☐ Juegos	☐ Hojear libros
☐ Que le lean	☐ Rompecabezas	☐ Pegar
☐ Figuras de acción	☐ Colorear	☐ Pintar
☐ Coches y camiones	☐ Arenero	☐ Trenes
☐ Ir al parque	☐ Juegos con agua	☐ Ayudar a cocinar
☐ Utilizar peluches como compañeros de juego		
☐ Jugar a atrapar y lanzar objetos		

Enumere otras actividades que le gusten a su hijo: _____

¿A su hijo le gusta jugar con otros niños? ☐ Si ☐ No

¿Es el juego de su hijo diferente del de otros niños de su edad? ☐ Si ☐ No

De ser así, ¿cómo? _____

COMPORTAMIENTO SOCIAL Y EMOCIONAL

¿Tiene alguna inquietud en relación con la conducta? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, explique:

¿Han diagnosticado a su hijo con TDA o TDAH ☐ Si ☐ No

¿Han diagnosticado a su hijo con TGD o autismo? ☐ Si ☐ No

Describe el nivel de energía de su hijo:

Describe el desarrollo emocional y social de su hijo (es decir, tímido, amistoso, agresivo, sensible, etc.)

¿Su hijo convive con otros niños de su misma edad?

☐

Si

☐

No

En caso afirmativo, indique cuánto tiempo a la semana. _____

¿Qué oportunidades sociales ha tenido su hijo para relacionarse con otros niños? (marque todas las que correspondan):

☐

Guardería

☐

Preescolar

☐

Parques

☐

Reuniones sociales

☐

Eventos comunitarios

☐

Grupos de juego comunitarios

☐

Interacciones sociales con:

☐

Hermanos

☐

Vecinos

☐

Familia

Otros: _____

Describe las oportunidades sociales de su hijo con los demás:

Describe las fortalezas y debilidades de su hijo:

EVALUACIONES PREVIAS/SERVICIOS

Evaluaciones previamente realizadas a mi hijo:

☐

Habla y lenguaje

¿Donde? _____

¿Cuándo? _____

☐

Terapia ocupacional

¿Donde? _____

¿Cuándo? _____

☐

Terapia física

¿Donde? _____

¿Cuándo? _____

☐

Otros: _____ ¿Donde? _____

¿Cuándo? _____

☐

Otros: _____ ¿Donde? _____

¿Cuándo? _____

Mi hijo ha recibido los siguientes servicios:

☐

Terapia del habla y del lenguaje

¿Donde? _____

¿Cuándo? _____

☐

Terapia ocupacional

¿Donde? _____

¿Cuándo? _____

☐

Terapia física

¿Donde? _____

¿Cuándo? _____

☐

Análisis de Conducta Aplicado (ABA)

¿Donde? _____

¿Cuándo? _____

☐

Desarrollo infantil

¿Donde? _____

¿Cuándo? _____

☐

Terapia de alimentación

¿Donde? _____

¿Cuándo? _____

☐

Otro: _____

¿Donde? _____

¿Cuándo? _____

☐

Otro: _____

¿Donde? _____

¿Cuándo? _____

¿Su hijo estaba recibiendo servicios en otro Distrito escolar? ☐ Si ☐ No

¿En caso afirmativo, cuándo y dónde?

¿Alguno de los hermanos del niño ha recibido educación temprana o servicios de educación especial?
☐ Si ☐ No En caso afirmativo, ¿dónde? _____ ¿cuándo? _____

¿Existen antecedentes familiares de dificultades de habla/lenguaje/aprendizaje en su familia directa o extendida?

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, explique (p. ej., paladar hendido, pérdida auditiva, dificultades de aprendizaje, tartamudeo, retraso en el habla)

PREACADÉMICO

Enumere las habilidades preacadémicas de su hijo:

- Colores: _____
- Formas: _____
- Letras: _____
- Números: _____
- Contar: _____

¿Su hijo pasa tiempo frente a una pantalla (tableta, teléfono, televisión)?

☐ Si ☐ No En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo al día? _____

Describa la interacción de su hijo con los dispositivos / la tecnología:

VARIOS:

¿Su hijo es consciente del peligro? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo tiene noción de lo que está bien y lo que está mal? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo es sensible o le molestan ciertos ruidos? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo muestra una resistencia excesiva al cepillado del pelo o de dientes? ☐ Si ☐ No

¿Cuál es la mayor preocupación respecto a su hijo en este momento?

Marque las casillas que indican las palabras que su hijo dice o intenta decir por sí solo. No es necesario que pronuncie estas palabras correctamente (por ejemplo, si su hijo dice «wawa» para agua, debe marcar esa palabra).

<u>COMIDA</u>	<u>ANIMALES</u>	<u>ACCIONES</u>	<u>HOGAR</u>	<u>PERSONAL</u>	<u>ROPA</u>	<u>MODIFICADORES</u>	<u>OTROS</u>
☐ TODAS	☐ TODAS	☐ TODAS	☐ TODAS	☐ TODAS	☐ TODAS	☐ TODAS	☐ TODAS
☐ Manzana	☐ Oso	☐ Bañarse	☐ Tina	☐ Cepillo	☐ Cinturón	☐ Se acabó	☐ A, B, C
☐ Plátano	☐ Abeja	☐ Traer	☐ Cama	☐ Peine	☐ Botas	☐ Está bien	☐ Lejos
☐ Pan	☐ Pájaro	☐ Cachar	☐ Cobija	☐ Lentes	☐ Boar	☐ Malo	☐ Bu-bu
☐ Hamburguesa	☐ Insecto	☐ Aplaudir	☐ Botella	☐ Llave	☐ Pañales	☐ Grande	☐ Adiós
☐ Pastel	☐ Conejo	☐ Venir	☐ Tazón	☐ Dinero	☐ Vestido	☐ Negro	☐ Insultar
☐ Dulce	☐ Gato	☐ Toser	☐ Silla	☐ Papel	☐ Guantes	☐ Azul	☐ Aquí
☐ Cereal	☐ Pollo	☐ Bailar	☐ Reloj	☐ Sartén	☐ Sombrero	☐ Roto	☐ Hola
☐ Queso	☐ Vaca	☐ Comer	☐ Cuna	☐ Lápiz	☐ Chamarra	☐ Limpio	☐ Dentro
☐ Café	☐ Perro	☐ Terminar	☐ Taza	☐ Peñique	☐ Guantes	☐ Frio	☐ Yo
☐ Galletas	☐ Pato	☐ Arreglar	☐ Puerta	☐ Pañuelo	☐ Pijama	☐ Oscuro	☐ Miau
☐ Galletas saladas	☐ Elefante	☐ Obtener	☐ Piso	☐ Cepillo de dientes	☐ Pantalones	☐ Sucio	☐ Mio
☐ Bebida	☐ Pez	☐ Dar	☐ Tenedor	☐ Paraguas	☐ Camisa	☐ Abajo	☐ Yo mismo
☐ Huevo	☐ Rana	☐ Ir	☐ Vaso	☐ Reloj de pulsera	☐ Zapatos	☐ Bueno	☐ Buenas noches
☐ Comida	☐ Caballo	☐ Tener	☐ Cuchillo		☐ Pantuflas	☐ Feliz	☐ No
☐ Uvas	☐ Chango	☐ Ayudar	☐ Luz	<u>PERSONAS</u>	☐ Tennis	☐ Pesado	☐ Apagado
☐ Chicle	☐ Cerdo	☐ Pegar	☐ Espejo	☐ TODAS	☐ Calcetines	☐ Caliente	☐ Prendido
☐ Salchicha	☐ Cachorro	☐ Abrazar	☐ Almohada	☐ Tía	☐ Suéter	☐ Chico	☐ Fuera
☐ Helado	☐ Serpiente	☐ Brincar	☐ Plato	☐ Bebe	<u>EXTERIOR</u>	☐ Mio	☐ Por favor
☐ Jugo	☐ Tigre	☐ Patear	☐ Bacinica	☐ Niño	☐ TODAS	☐ Mas	☐ Con permiso
☐ Carne	☐ Pavo	☐ Besar	☐ Radio	☐ Papá	☐ Flor	☐ Abierto	☐ Gracias
☐ Leche	☐ Tortuga	☐ Tocar	☐ Cuarto	☐ Doctor	☐ Ratón	☐ Bonito	☐ Allá
☐ Naranja	<u>PARTES DEL CUERPO</u>	☐ Mirar	☐ Lavabo	☐ Niña	☐ Luna	☐ Rojo	☐ Debajo
☐ Pizza	☐ TODAS	☐ Amar	☐ Jabón	☐ Abuela	☐ Lluvia	☐ Cerrado	☐ Bienvenido
☐ Pretzel	☐ Brazo	☐ Hacer	☐ Sofá	☐ Abuelo	☐ Acera	☐ Apestoso	☐ Que
☐ Soda	☐ Vientre	☐ Dormir siesta	☐ Cuchara	☐ Señora	☐ Nieve	☐ Eso	☐ Donde
☐ Spaghetti	☐ Empujar	☐ Pipí	☐ Silla	☐ Hombre	☐ Estrella	☐ Esto	☐ Porque
☐ Te	☐ Leer	☐ MESA	☐ Mesa	☐ Mamá	☐ Calle	☐ Cansado	☐ Guau-Guau
☐ Pan tostado	☐ Montar	☐ Teléfono	☐ Teléfono	☐ Mi nombre	☐ Sol	☐ Arriba	☐ Si
☐ Agua	☐ Correr	☐ Toalla	☐ Toalla	☐ Nombre de la mascota	☐ Árbol	☐ Mojado	☐ Tu
<u>JUGUETES</u>	☐ TV	☐ Basura	☐ Basura	☐ Vehículos		☐ Blanco	☐ "Mmm"
☐ TODAS	☐ Ver	☐ Ventana	☐ Ventana	☐ Tío		☐ Amarillo	☐ 1, 2, 3
☐ Pelota	☐ Mostrar	☐ LUGARES	<u>LUGARES</u>			☐ Asqueroso	
☐ Globo	☐ Cantar	☐ TODAS	☐ TODAS				
☐ Bloques	☐ Sentar	☐ Iglesia	☐ Iglesia	☐ Bici			
☐ Burbuja	☐ Dormir	☐ Casa	☐ Casa	☐ Barco			
☐ Crayola	☐ Parar	☐ Hospital	☐ Hospital	☐ Camión			
☐ Muñeca	☐ Tomar	☐ Biblioteca	☐ Biblioteca	☐ Coche			
☐ Regalo	☐ Aventar	☐ Parque	☐ Parque	☐ Motocicleta			
☐ Resbaladilla	☐ Cosquillar	☐ Escuela	☐ Escuela	☐ Avión			
☐ Columpio	☐ Caminar	☐ Tienda	☐ Tienda	☐ Carriola			
☐ Oso de peluche	☐ Querer	☐ Zoológico	☐ Zoológico	☐ Tren			
	☐ Lavar			☐ Tranvía			
	☐ Dedo del pie			☐ Camión			
	☐ Barriga						

Enumere otras palabras que su hijo usa: _____

Enumere a continuación las tres oraciones o frases más largas de su hijo: _____

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova



1965 Birkmont Drive, Rancho Cordova, CA 95742
Angela Griffin Ankhelyi, Chief Officer, Comunicaci3ns y Participaci3n Comunitaria
N3mero de tel3fono: 916-294-9014 Fax: 916-294-9020

Es parte de la pol3tica del Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova solicitar un permiso por escrito de los padres antes de usar fotos o videos que identifican a un estudiante que recibe servicios de educaci3n especial.

2024-2025 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA IDENTIFICAR A ESTUDIANTES DE EDUCACI3N ESPECIAL EN FOTOS Y VIDEOS

Nombre del estudiante: _____ # de ID del estudiante: _____

Fecha: _____ Escuela: _____

El Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova y/o representante de la escuela solicita permiso para fotografiar o grabar en video al alumno cuyo nombre aparece en la parte de arriba en este formulario durante el a3o escolar 2024-2025. Las fotos y videos podrian ser utilizados por la escuela o el distrito incluyendo pero no limitados a instruccion en el aula, plan de estudios, boletines informativos, premiaciones estudiantiles, publicaciones impresas del distrito, programacion de television o sitios de internet incluyendo plataformas de redes sociales del distrito.

Yo, El padre o tutor legal de _____, otorgo consentimiento y mi permiso para usar fotos y videos que identifican a mi estudiante para:

(marque una o ambas opciones)

☐ Prop3sitos de la escuela tales como instrucci3n en el aula, plan de estudios, boletines

☐ Prop3sitos de distrito tales como publicaciones impresas, programas de televisi3n y/o sitios de internet, incluyendo plataformas de redes sociales del distrito

Nombre del padre (por favor escriba con letra de molde)

Firma del padre o tutor legal

Direcci3n

Fecha

Ciudad, Estado C3digo postal

Tel3fono (con c3digo de 3rea)

Este consentimiento se mantendr3 en los archivos de la escuela del estudiante cuyo nombre aparece arriba.



Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova

Formulario de consentimiento para la participación en el Programa de Facturación de Medi-Cal de la LEA

Estimado Padre/Guardián,

El Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova, en cooperación con los Departamentos de Servicios de Atención Médica y Educación de California, forma parte de un programa que le otorga al distrito la oportunidad de recibir reembolsos federales en dólares de Medicaid por los determinados servicios de salud provistos a los estudiantes que reúnen los requisitos para recibir los beneficios del programa Medi-Cal en la escuela. Este programa beneficia considerablemente a nuestro distrito y a nuestras familias: todos los reembolsos que recibe la escuela deben ser incorporados de nuevo a los programas de salud y servicios sociales para nuestros estudiantes; también ayudan a compensar los costos incurridos por el distrito en la prestación de estos servicios.

Para que el distrito reciba el reembolso por estos servicios, debemos contar con su consentimiento para divulgar determinados registros educativos al Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS, por sus siglas en inglés) y, debemos obtener su consentimiento para acceder a los beneficios públicos si su hijo está inscrito en Medi-Cal.¹

Independientemente de su respuesta, a los estudiantes no se les negarán los servicios que requieren para asistir a la escuela y el distrito nunca le cobrará a usted por los servicios proporcionados debido a su consentimiento o a la negativa del mismo. Además, mientras que Medi-Cal le reembolsa al distrito los fondos correspondientes a los determinados servicios de salud, sus beneficios de Medi-Cal no deben verse afectados. Participamos en este programa en un esfuerzo por obtener fondos federales para los servicios de salud reembolsables de Medi-Cal que ya se están llevando a cabo en la escuela, y luego empleamos dichos fondos para ampliar los servicios que ofrecemos para todos los estudiantes.

Analizamos el consentimiento de los padres con cada una de las respectivas familias, en caso de que su hijo sea o pueda llegar a ser elegible para Medi-Cal, con el fin que su consentimiento le permita al distrito de manera confidencial, presentar los servicios elegibles para el reembolso. Esto significa que, incluso si su estudiante no está inscrito en Medi-Cal, su consentimiento (o la negativa al mismo) sigue siendo necesario. **Por favor, complete el siguiente formulario y devuélvalo a su escuela.**

Nombre del menor: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Al firmar abajo, reconozco lo siguiente:

- *Tengo derecho a solicitar que este formulario sea proporcionado en cualquier idioma nativo, o a través de otro modo de comunicación.*
- *Los registros educativos que pueden ser compartidos incluyen: el nombre del menor y la fecha de nacimiento; la evaluación relacionada con la salud, la intervención y la información de referencia (para los servicios recibidos en la escuela); las notas de los médicos relacionadas con estos servicios de salud; y, datos específicos del IEP/IFSP del menor (si corresponde).*
- *Comprendo que el consentimiento es voluntario, y que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.*
- *Si mi hijo está inscrito en Medi-Cal y también está cubierto por una aseguradora de terceros, el DHCS puede intentar recuperar la responsabilidad de terceros si los mismos efectúan el pago de una reclamación presentada por el distrito en la escuela. Esto ocurre debido a la cesión de los derechos de responsabilidad civil que se proporcionó cuando se aprobó su solicitud a Medi-Cal.*
- *Se me ha notificado que mi negativa a permitir el acceso a los beneficios públicos no exime al distrito de su responsabilidad de asegurar que se me proporcionen todos los servicios requeridos por FAPE sin costo alguno.*
- *Se satisface el consentimiento de ahora en adelante mediante una notificación anual proporcionada por el distrito, reconociendo la participación en el Programa de Facturación de Medi-Cal de LEA y los derechos de los padres relacionados.*

Por favor, marque su elección:

☐ **Doy mi consentimiento** para que se divulguen los registros médicos de mi hijo y el acceso a los beneficios de Medi-Cal de mi hijo

☐ **No doy mi consentimiento** para que se divulguen los registros médicos de mi hijo ni el acceso a los beneficios de Medi-Cal de mi hijo.

Nombre del Padre/Guardián: _____ **Relación:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

¹ Los requisitos para el consentimiento de los padres se describen en la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) 34 CFR 300.154, y en la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés) 34 CFR Parte 99.

Preguntas Frecuentes - Facturación de Medicaid por los servicios proporcionados en la escuela

1. ¿Alguna vez se me enviará una factura por los servicios proporcionados en la escuela que recibe mi hijo?

No, usted nunca recibirá una factura del distrito, y los servicios de salud proporcionados por la escuela no tienen costo alguno para usted ni para su hijo, independientemente de la elegibilidad de Medicaid de su hijo. Las facturas por servicios proporcionados en la escuela, que son aplicables para los menores que son elegibles para Medicaid, se envían a Medicaid para su reembolso.

2. ¿Tengo que estar involucrado en el proceso de facturación de alguna manera?

Solo se le pedirá a usted que le otorgue su consentimiento al distrito para la facturación de Medicaid. Los padres no tienen otras responsabilidades en este proceso.

3. ¿Este programa (y mi consentimiento) afecta los beneficios de Medicaid de mi hijo de alguna manera?

Ya sea que usted otorgue o no su consentimiento, Medi-Cal continuará pagando por los servicios médicos necesarios que su hijo reciba fuera de la escuela. Además, la participación del distrito en este programa y su consentimiento no deben afectar los beneficios de su hijo de ninguna manera.

4. ¿Cómo emplea el distrito los fondos recibidos de la facturación de Medicaid?

El distrito emplea los fondos de Medicaid para complementar el costo de los servicios que se prestan en las escuelas todos los días. Además, estos fondos se emplean para apoyar esfuerzos adicionales de extensión familiar, oficinas de salud escolar, actualización de equipos y materiales de pruebas, compra de suministros, etc., en un esfuerzo por apoyar a todos los menores en el distrito.

5. ¿El distrito suspenderá la prestación de servicios para mi hijo si no doy mi consentimiento para facturar a Medicaid?

No, sin su consentimiento para la facturación, su hijo continuará recibiendo atención, pero el distrito no recibirá fondos de Medicaid para los servicios elegibles que su hijo pueda recibir. Se emplearán otros fondos del distrito para financiar el costo total de estos servicios necesarios.

6. ¿Qué pasa si cambio de opinión después de haberles dado mi consentimiento?

Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento (un retiro no será retroactivo). Visite la recepción de la escuela de su hijo si usted desea realizar algún cambio.

7. ¿Qué información se comparte, con quién y qué garantías existen para asegurar la confidencialidad de estos registros?

Los registros educativos que pueden ser compartidos incluyen: el nombre del menor y la fecha de nacimiento; la evaluación relacionada con la salud, la intervención y la información de referencia (para los servicios recibidos en la escuela); las notas de los médicos relacionadas con estos servicios de salud; y, datos específicos del IEP/IFSP del menor (si corresponde). El proveedor de recuperación de reembolsos del distrito está obligado mediante un contrato que contiene disposiciones específicas para mantener los registros de los estudiantes de manera confidencial y segura, asegurando que la información no sea empleada o divulgada de manera inapropiada; además, nuestro proveedor cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés). Además, el distrito y el DHCS están obligados mediante acuerdos que incluyen disposiciones específicas sobre el uso de la información compartida en este programa, y los protocolos de seguridad explícitos para mantener la información de su hijo de manera confidencial y segura.