

Lower Columbia College Head Start/ECEAP
P.O. Box 3010
Longview, WA 98632

RESUMEN DE EVALUACION DE DESARROLLO/SALUD

Estimados Padres/Tutores: _____ Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Maestra: _____ Centro: _____

La evaluación de desarrollo de Head Start/ECEAP está diseñada para apoyar al personal en caso de que su niño pudiese necesitar mayor evaluación en las áreas listadas abajo:

_____ El desarrollo de su niño está dentro de los límites normales.

_____ La evaluación indica la necesidad de mayor evaluación/supervisión en las siguientes áreas:

_____ Su niño está recibiendo servicios con un IEP.

<u>Recibe servicios con un IEP en:</u> _____ Cognición/Pre-académico _____ Comunicación _____ Social/Emocional _____ Motor Fino _____ Motor Grueso	<u>Area que requiere mayor evaluación (E) o supervisión (M):</u> _____ Cognición/ Pre-académico _____ Comunicación _____ Social/Emocional _____ Motor Fino _____ Motor Grueso
<u>Visión</u> _____ Dentro de los límites normales _____ Otros (por ejemplo.-lentes) _____ Necesita re-evaluación _____ Necesita referencia	<u>Audición</u> _____ Dentro de los límites normales _____ Otros (por ejemplo.-aidífonos) _____ Necesita re-evaluación _____ Necesita referencia

No pudimos completar el proceso de evaluación en las áreas de: _____

_____ y el plan es: _____

Firma del Padre

Fecha

Si ustedes tienen más preguntas o algo que les preocupe por favor contacten a la maestra de su niño o a su trabajadora social.