



EVALUACIÓN DEL PARTICIPANTE – VERANO 2026

PARTICIPANTE:

TELÉFONO:

PADRE/MADRE/TUTOR:

CORREO ELECTRÓNICO:

HISTORIAL MÉDICO

Por favor, marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad) | ☐ Síndrome de Down | ☐ Discapacidad física |
| ☐ Autismo | ☐ Lesión en la cabeza/cerebro | ☐ Convulsiones/Epilepsia |
| ☐ Parálisis cerebral | ☐ Discapacidad auditiva/sordera | ☐ Discapacidad visual |
| ☐ Discapacidad del desarrollo | ☐ Discapacidad de aprendizaje | ☐ Otro |

Si seleccionó OTRO, por favor descríballo:

HABILIDADES DE CUIDADO PERSONAL

- ¿Puede ir al baño su niño de forma independiente? ☐ SÍ ☐ NO
- ¿Se viste solo su niño? ☐ SÍ ☐ NO
- ¿Come o bebe su niño de forma independiente? ☐ SÍ ☐ NO
- ¿Enviaré a un asistente personal con su niño para que le proporcione ayuda adicional? SÍ ☐ NO ☐

HABILIDADES FÍSICAS

- ¿Camina su niño de forma independiente? SÍ ☐ NO ☐
- ¿Tiene su niño alguna limitación física? SÍ ☐ NO ☐

Si respondió que no a las preguntas anteriores, proporcione información adicional sobre las necesidades físicas y de movilidad de su niño:

COMUNICACIÓN – Marque todo lo que corresponda:

- ☐ Lenguaje ☐ Señas/Gestos ☐ Dispositivo de comunicación

¿Qué formularios se usan para su niño en la escuela?

- ☐ PEI (IEP, en inglés)
- ☐ Plan 504
- ☐ Plan de comportamiento
- ☐ Plan de convulsiones

¿Qué describe mejor el salón de clases de su niño?

- ☐ Salón de educación especial a tiempo completo con servicios fuera del aula (pull out, en inglés)
- ☐ Salón de clases típico con apoyo 1:1
- ☐ Salón de clases típico sin apoyo

