|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE DESERT/MOUNTAIN**  **PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL AUTÓNOMA DE DESERT/MOUNTAIN**  17800 HIGHWAY 18 • APPLE VALLEY, CA 92307  (760) 552-6700 • (760) 242-5363 FAX  **Reporte de Salud Actual**  (Se puede usar con el Acuerdo de Elegibilidad Trienal) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **secCIóN 1: INFORMACIóN SOBRE EL ESTUDIANTE *(DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Estudiante: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Fecha de Nacimiento: | | | | | | |  | | | | | | | | Género:  Hombre  Mujer | | | | | | | | |
| Plantel Escolar: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Distrito de Asistencia: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Cuidad: | | | |  | | | | | | | | | Estado: | | | |  | | Código Postal: | | | | |  | | |
| **Madre**: | | | |  | | | | | | | | | | | Edad: | | |  | | | | | ¿En el hogar?  Sí  No | | | | | | | | | | Ocupación: | | | | |  | | | | | | |
| *Teléfono Casa:* | | | | | | |  | | | | | | | | | *Teléfono Trabajo:* | | | | | | |  | | | | | | | | | *Otro Teléfono:* | | | | | |  | | | | | | |
| **Padre**: | | | |  | | | | | | | | | | | Edad: | | |  | | | | | ¿En el hogar?  Sí  No | | | | | | | | | | Ocupación: | | | | |  | | | | | | |
| *Teléfono Casa:* | | | | | | |  | | | | | | | | | *Teléfono Trabajo:* | | | | | | |  | | | | | | | | | *Otro Teléfono:* | | | | | |  | | | | | | |
| Derechos educativos a cargo de: | | | | | | | | | | | | | Padre  Padre de Acogida  Tutor  Padre Sustituto  Otro: *(describa)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | **Hermanos y otros en el hogar *(Mencione en orden de edad)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | **Nombre** | | | | | | | | | | | | | | **Género** | | | | | | | | | **Edad** |  | | **Inquietudes Relacionadas con la Escuela** | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  | | | | | | | | | | | | | Hombre | | | | Mujer | | | | | |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  | | | | | | | | | | | | | Hombre | | | | Mujer | | | | | |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  | | | | | | | | | | | | | Hombre | | | | Mujer | | | | | |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  | | | | | | | | | | | | | Hombre | | | | Mujer | | | | | |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  | | | | | | | | | | | | | Hombre | | | | Mujer | | | | | |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Condición médica o problema de salud del estudiante: *(si lo hay)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comentarios o inquietudes de los padres desde el último IEP: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRME A CONTINUACIÓN Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO A:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **POR:** | |  | | | | |
| Firma Padre/Tutor: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha: | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECCIóN 2: EVALUACIóN DE SALUD ACTUAL *(DEBE SER COMPLETADA POR LA ENFERMERA ESCOLAR)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estatura: | | | | |  | | | | | | | | | | | Peso: | | |  | | | | | | | | | | | | | IMM: *(BMI)* | | | | |  | | | | | | | |
| Medicaciones actuales: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visión: | | | | |  | | | | | | | Derecha: | |  | | | | | Izquierda: | | | | |  | | | | Fecha: | | | |  | | | | | ¿Anteojos? | | | | Sí  No | | | |
| Audición: | | | | |  | | | | | | | Derecha: | |  | | | | | Izquierda: | | | | |  | | | | Fecha: | | | |  | | | | | ¿Audífonos? | | | | Sí  No | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción general de apariencia y salud: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comentarios de la enfermera escolar: *(indique cambios respecto al IEP previo)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma Enfermera Escolar: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha: | | | |  | | | | | | | | | | |