|  |
| --- |
| **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: |       |