

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE SARASOTA, FLORIDA  
EDUCACIÓN EXCEPCIONAL PARA ESTUDIANTES  
1960 LANDINGS BOULEVARD, SARASTOA, FL 34231  
PHONE (941) 927-9000

**OPCIÓN DE COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO**  
**(EMAIL COMMUNICATION OPTION – SPANISH)**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Núm. de Identificación Estudiantil \_\_\_\_\_

Estimado Padre:

Las Escuelas del Condado de Sarasota ahora ofrecen a los padres la opción de recibir ciertos documentos de Educación para Estudiantes Excepcionales (ESE) por correo electrónico.

Puede elegir recibir lo siguiente por correo electrónico:

1. Notificación previa por escrito (la notificación previa por escrito sirve como un vehículo de comunicación entre las escuelas y las familias. Es muy importante que los padres siempre estén bien informados sobre cualquier acción que la escuela intente tomar (o intente no tomar) sobre su hijo/a. A través del previo aviso por escrito, la escuela puede asegurarse de que los padres estén actualizados sobre lo que la escuela propone o se niega a hacer, lo antes posible para que los padres puedan participar en las acciones propuestas por la escuela o responder a sus rechazos);
2. Aviso de garantías procesales (el aviso de garantías procesales informa a los padres completamente sobre sus derechos como padres y las protecciones que ellos y sus hijos tienen bajo la ley de educación especial y sus regulaciones).
3. Avisos relacionados con una solicitud de audiencia de debido proceso. (Una audiencia de debido proceso está diseñada para brindar la oportunidad de resolver las diferencias entre los padres y el distrito en asuntos relacionados con la educación especial).
4. Plan de educación individual (IEP) y notas de progreso

Estoy de acuerdo con el uso del correo electrónico registrado en el Sistema de Información del Estudiante para recibir documentos de educación especial. Email: \_\_\_\_\_

No estoy de acuerdo con el uso del correo electrónico para recibir documentos de educación especial.

Padre/Tutor \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde                      Firma                      Fecha

Distribution:                      Original - Student File                      Copy - Parent/Guardian

THE SCHOOL BOARD OF SARASOTA COUNTY, FLORIDA  
STUDENT SUPPORT SERVICES  
FDLRS/PRESCHOOL DIAGNOSTIC CENTER  
1960 LANDINGS BOULEVARD, SARASOTA, FL 34231  
PHONE 941-927-9000 X31271 FAX 941-927-4058

**AUTHORIZATION TO REQUEST RECORDS/INFORMATION**

**Instructions:** Parent/guardian completes this form authorizing The School Board of Sarasota County, Florida, to request records/information that would be relevant for the child/student's educational planning and return to FDLRS/Preschool Diagnostic Center.

Child/Student Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ (Parent/Guardian) do hereby authorize the following agencies or individuals in possession of records as indicated in the checklist below to release records/information to Sarasota County Schools for my child/student:

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| _____ Johns Hopkins All Children's Hospital  | _____ Sertoma Kids                 |
| _____ Children First/Head Start              | _____ Therapeutic Potentials, Inc. |
| _____ Early Steps                            | _____ Children's Therapy Solutions |
| _____ The Florida Center for Early Childhood | _____ Children's Therapy Works     |
| _____ Safe Children Coalition                | _____ Sensory Solutions            |
| _____ CenterPlace Health                     | _____ Preschool/Childcare Center   |
| _____ Pediatrician _____                     | _____ Other _____                  |
| _____ ENT _____                              | _____ Other _____                  |
| _____ Specialist _____                       | _____ Other _____                  |

The Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Part 99) is a Federal law that affords parents and student who are 18 years of age or older certain rights with respect to the student's education records. These rights are:

1. The right to inspect and review the student's education records
2. The right to request the amendment of the student's education records that the parent or eligible student believes are inaccurate, misleading, or otherwise in violation of the student's privacy rights under FERPA
3. The right to provide written consent before the school discloses personally identifiable information (PII) from the student's education records, except to the extent that FERPA authorizes disclosure without consent
4. The right to file a complaint with the U.S. Department of Education concerning alleged failures to comply with the requirements of FERPA

Records/Information received will **NOT** be disclosed without prior written consent of Parent/Guardian or Adult Student to any other party except school officials with a legitimate educational interest.

I understand my signature below authorizes the release of records and pertinent information from the agencies or individuals in possession of records indicated above to Sarasota County Schools for the purpose of making eligibility recommendations for Exceptional Student Education programs, in accordance with federal, state, and district regulations.

I have been informed and understand my rights regarding the transfer of these records.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name (Print)                      Parent/Guardian Signature                      Date

Por favor, complete la historia social a contiucion.

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE SARASOTA, FL  
SERVICIOS DE APOYO ESTUDIANTIL  
FDLRS/CENTRO DIAGNÓSTICO PREESCOLAR  
1960 LANDINGS BOULEVARD, SARASOTA, FL 34231  
TELEFONO (941) 927-9000 FAX (941) 927-4058



**HISTORIAL SOCIAL Y DEL DESARROLLO PREESCOLAR**  
**(PRESCHOOL SOCIAL AND DEVELOPMENTAL HISTORY – SPANISH)**

**Instrucciones:** Padre/Guardián cumple el formulario y devuélvalo al Centro Diagnóstico Preescolar.

Persona cumpliendo el cuestionario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Sexo  H  M

Otras personas viviendo en la casa

| Nombre | Edad  | Relación | Ocupación o Nivel del grado |
|--------|-------|----------|-----------------------------|
| _____  | _____ | _____    | _____                       |
| _____  | _____ | _____    | _____                       |
| _____  | _____ | _____    | _____                       |
| _____  | _____ | _____    | _____                       |
| _____  | _____ | _____    | _____                       |

Idioma(s) hablado en la casa \_\_\_\_\_

Idioma(s) hablado y entendido por su hijo/a \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN**

Estado civil de los padres \_\_\_\_\_ ¿Quién tiene custodia legal? \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

¿Ha asistido su hijo/a a una guardería o centro preescolar?  Sí  No

| Enumere primero el centro de cuidado infantil más reciente | Fechas inscritas | Tiempo completo o medio tiempo |
|--|------------------|--------------------------------|
| _____  | _____            | _____                          |
| _____  | _____            | _____                          |
| _____  | _____            | _____                          |

## HISTORIAL SOCIAL Y DEL DESARROLLO PREESCOLAR

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_

### PREOCUPACION(ES) PRINCIPAL(ES)

- Lenguaje       Articulación       Socialización       Pre-académicos       Comportamiento
- Habilidades Motoras       Visión       Oído       Entrenamiento para ir al baño

Describa como afectan estas preocupaciones a su hijo/a en los siguientes ambientes:

Casa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Preescolar/comunidad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HISTORIAL DE SALUD Y DESARROLLO

1. ¿Hubo algo inusual durante el embarazo?     Sí     No    Si es así, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. El embarazo fue                       Término Completo                       Prematuro                      Peso al nacer \_\_\_\_\_

3. ¿Hubo alguna complicación al nacer?     Sí     No                      Si es así, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Enumere cualquier problema de salud significativo pasado o presente (e.g. lesiones graves, alta temperatura o fiebre, convulsiones, alergias, asma, aspiración, infecciones de oído frecuentes, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Enumere las medicaciones que está tomando: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Enumere cualquier evaluación formal previa que haya tenido su hijo/a (e.g., visión, audiológicos, habla/ lenguaje, salud mental, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Enumere cualquier historia familiar del aprendizaje, del comportamiento, o de los desórdenes emocionales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTORIAL SOCIAL Y DEL DESARROLLO PREESCOLAR

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_

### **DESARROLLO DEL HABLA/LENGUAJE**

8. ¿Tiene preocupaciones al respecto del lenguaje de su hijo/a?  Sí  No

Si es así, marque todos los que apliquen:  expresión oral  vocabulario  formular oraciones  
 comprensión al escuchar  seguir instrucciones  comunicación social

9. ¿Cómo se comunica su hijo/a? Marque todos los que apliquen.

ruidos (e.g., gruñidos, vocales, etc.)  alcanzando  señales  estirando y llevando  apuntando  
 aproximaciones de palabras  palabras aisladas  combinaciones de 2 palabras  
 combinaciones de 3 o 4 palabras  oraciones

10. ¿Tiene preocupaciones sobre el habla de su hijo/a?  Sí  No

Si es así, dé ejemplos. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **DESARROLLO SOCIAL/COMPORTEAMIENTO**

11. ¿Durante la vida de su hijo/a, ha habido algún cambio en la situación familiar (e.g., el estado civil del padre, mudanzas frecuentes, la muerte de alguien, etc.)?  Sí  No

Si es así, explique. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. ¿Cómo se lleva su hijo con otros niños? Explique. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. ¿Cómo se lleva su hijo/a con sus hermanos? Explique. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. ¿Cuáles son las actividades favoritas de su hijo/a en casa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Enumere cualesquiera comportamientos de preocupación:

Casa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Escuela (si aplica) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIAL SOCIAL Y DESARROLLO PREESCOLAR**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL**

16. Describa tres cosas de su hijo/a que considera fortalezas (e.g., cosas que su hijo/a hace bien, rasgos de personalidad, etc.). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. ¿Hay alguna información adicional que usted sienta que es importante para que nosotros entendamos mejor a su hijo/a? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián                      Firma                      Fecha