



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Secretaría Asociada de Educación Especial

Centro de Servicios de Educación Especial
Región Educativa de _____

SIE: _____

HOJA DE REFERIDO

Evaluación

Inicial Adicional Triannual

Fecha de análisis existente _____

- Psicológica
- Habla y Lenguaje
- Ocupacional
- Física
- Asistencia Tecnológica (Incluye Guía de AT, Minuta, PEI, Evaluaciones pertinentes)
- Otra: _____

Terapia

Frecuencia: _____ Modalidad: _____
(Incluye el informe de evaluación completo)

- Psicológica
- Habla y Lenguaje
- Ocupacional
- Física

de Registro: _____ Distrito residencial _____ Municipio _____ Fecha de referido: _____

Discapacidad: _____ Fecha del PEI: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Fecha de Nac: _____

Distrito Escolar: _____ Escuela: _____ # código _____ # Fax: _____

Dirección: _____

Nombre del padre, madre o encargado: _____ Teléfonos: _____ Email _____

Si el estudiante recibe servicios en alguna corporación, indique cuál: _____

Si el estudiante recibe terapia en el área que será evaluado, favor de indicar el tiempo (en años) que lleva recibiendo la terapia: _____ Nombre del especialista que ofrece el servicio: _____ Corporación: _____

Exponga detalladamente las necesidades del estudiante razón del referido: _____

Persona que realiza el referido: _____

Nombre en letra de molde

Solicitamos su autorización para proceder con el servicio arriba indicado.

Nombre en letra de molde del funcionario que representa la agencia y firma

Autorización del padre, madre o encargado _____

Firma del padre, madre o encargado

Fecha de cita: _____	Fecha de cita: _____	Fecha de cita: _____
Especialista: _____	Especialista: _____	Especialista: _____
Corporación: _____	Corporación: _____	Corporación: _____
Lugar: _____	Lugar: _____	Lugar: _____
Hora: _____	Hora: _____	Hora: _____
Firma del coordinador: _____	Firma del coordinador: _____	Firma del coordinador: _____
Fecha de coordinación: _____	Fecha de coordinación: _____	Fecha de coordinación: _____
Recibido por: _____	Fecha de entrega: _____	
(padre, madre o encargado)		
Sello, iniciales, fecha de recibo personal de la corporación	Sello, iniciales, fecha de recibo personal de la corporación	Sello, iniciales, fecha de recibo personal de la corporación

Rev. zfs/feb 2015

P.O. Box 190759
San Juan, Puerto Rico, 00919-0759
Tel. (787) 773-6178/ Fax (787) 764-0080



El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición social de veterano, ideología política o religiosa origen o condición social o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso.