

	Early Learning Services 1500 Highway 36 West Roseville, MN 55113-4266	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE EDAD TEMPRANA	ED-02390-05 (sólo para el año escolar 2011-2012)
--	---	---	--

INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES GENERALES: El lado anterior (página uno) de este formulario de inscripción debe ser completado por el **padre/guardián** del niño. El dorso (página dos) debe ser completado sólo por el personal del distrito escolar. *Favor de escribir la información en letra de molde.*


INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO		
Nombre legal del niño (primero, segundo, apellido)		
Apodo u otro nombre del niño (primero, segundo, apellido)		
Fecha de nacimiento del niño	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Raza/Grupo étnico (marque SÓLO una casilla) <input type="checkbox"/> 1 - Indio Americano <input type="checkbox"/> 3 - Hispano <input type="checkbox"/> 5 - Blanco, no de origen hispano <input type="checkbox"/> 2 - Asiático o Indígena de las Islas de Pacífico <input type="checkbox"/> 4 - Negro, no de origen hispano		
Se requiere categorías adicionales de raza/grupo étnico. Marque la casilla SÍ o NO en la Parte A siguiente. Puede marcar más de una casilla en la Parte B. 2011 -2012. *Parte A – ¿Es el menor Hispano/Latino? (<i>elija sólo una opción</i>) <input type="checkbox"/> NO, no es Hispano/Latino <input type="checkbox"/> SÍ, Hispano/Latino *Parte B – ¿Cuál es la raza del menor? <input type="checkbox"/> Indio Americano/Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena de Hawai/Indígena de las Islas de Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		

INFORMACIÓN DE PRIMER Y SEGUNDO IDIOMA		
¿Qué idioma aprendió su hijo primero?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
¿Qué idioma se habla con mayor frecuencia en su casa?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
¿Qué idioma habla su hijo regularmente?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____

INFORMACIÓN DE EVALUACIONES MÉDICAS Y DE DESARROLLO ANTERIORES	
¿Ha recibido su hijo una evaluación médica y de desarrollo completa para niños de edad preescolar (3 a 5 años de edad)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso de Sí, fecha de la evaluación: _____ Sitio: _____	
¿Ha sido evaluado su hijo alguna vez para educación especial o ha recibido alguna vez servicios de educación especial a través de un Plan de Educación Individual (IEP, por sus siglas en inglés), Plan de Servicios Individuales para Familias (IFSP, por sus siglas en inglés) o Plan Individual de Intervención Interagencial (IIIP, por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR EL PADRE/GUARDIÁN	
Por el presente verifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.	
_____ Firma - Padre/Guardián legal	_____ Fecha

**LA PÁGINA DOS DEBE SER COMPLETADA SÓLO POR EL PERSONAL DEL DISTRITO ESCOLAR
 (PAGE TWO TO BE COMPLETED BY SCHOOL DISTRICT PERSONNEL ONLY)**

	Early Learning Services 1500 Highway 36 West Roseville, MN 55113-4266	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE EDAD TEMPRANA – DEBE SER COMPLETADA SÓLO POR EL PERSONAL DEL DISTRITO ESCOLAR	ED-02390-05 (sólo para el año escolar 2011-2012)
--	---	---	---

***Direcciones y definiciones para raza/grupo étnico:** La pregunta en la Parte A es sobre el grupo étnico, no sobre la raza. Lo que seleccione en la Parte A, el padre o la madre debe marcar una o más casillas indicando la raza del menor en la Parte B.

Hispano/Latino – Una persona de origen cubano, mejicano, puertorriqueño, de América del Sur o Centroamérica, u otra cultura de origen español, sin importar la raza.

Indio Americano o Indígena de Alaska – Una persona que tiene orígenes en cualesquiera de las personas originarias de América del Norte y del Sur (incluyendo Centroamérica) y que mantiene una relación tribal o vínculo comunitario.

Asiático – Persona que tiene orígenes en cualesquiera de las personas originarias de Asia del Este y Sureste o del subcontinente Indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, la Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

Negro o Afroamericano – Persona que tiene orígenes en cualesquiera de los grupos raciales negros de África.

Indígena de Hawai o Indígena de las Islas de Pacífico – Persona que tiene orígenes en cualesquiera de las personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Blanco – Una persona que tiene orígenes en cualesquiera de las personas originarias de Europa, Este Medio o África del Norte.

PARA USO ÚNICO DEL PERSONAL ESCOLAR (TO BE FILLED OUT BY SCHOOL DISTRICT PERSONNEL ONLY)

Fecha de evaluación: (Screening Date:)	Nombre del distrito que evalúa: (Screening District Name:)	No. de distrito y tipo de evaluación: (Screening District Number and Type:)
Nombre del distrito de residencia del niño: (Child's Resident District Name:)	No. de distrito y tipo de residente: (Resident District Number & Type:)	No. de Identificación MARSS** (MARSS ID Number**) _____

Marque el tipo de evaluación realizada - CATEGORÍA DE AYUDA ESTATAL : (Check type of screening child received – STATE AID CATEGORY (SAC)):
(Debe ser completada por el Coordinador de la Evaluación de Edad Temprana) (To be completed by the Early Childhood Screening Coordinator)

<input type="checkbox"/> 41 - Evaluación por distrito (Screening by District)	<input type="checkbox"/> 44 - Proveedor privado (Private Provider)
<input type="checkbox"/> 42 - Examen para niños y adolescentes (Child and Teen Check-ups/EPSTDT)	<input type="checkbox"/> 45 - Objeter por consciencia, no a la evaluación (Conscientious Objector, no screening)
<input type="checkbox"/> 43 - Head Start (Head Start)	

Marque el tipo *primario* de referencia para después de la evaluación de desarrollo y salud de la edad temprana – CÓDIGO DE ESTADO FINAL (SEC, por sus iniciales en inglés). Este debe ser consistente con el número de referencias indicadas en el informe anual de La Evaluación de la Edad Temprana (Early Childhood Screening). Sólo se puede marcar una opción. Debe tener un número SEC válido para la – CATEGORÍA DE AYUDA ESTATAL (STATE AID CATEGORY - SAC 41). Si no está seguro del estado de la referencia para SAC 42-44, use SEC 60 “no referencia”. **(Debe ser completada por el Coordinador de la Evaluación de Edad Temprana).**

(Check the *primary* type of referral following the early childhood health and developmental screening – STATUS END CODE (SEC). This should be consistent with the number of total number of referrals reported on the Early Childhood Screening annual report. Only one box may be checked. Must have a valid SEC for - STATE AID CATEGORY (SAC) 41. If unsure of referral status for SAC 42-44, use “no referral” SEC 60. **(To be completed by the Early Childhood Screening Coordinator).**)

- Códigos de Estado Final: (Status End Codes):**
- 60 Sin Referencia (No referral)
 - 61 Referencia para una Educación Especializada (Referral to Special Education)
 - 62 Referencia para un proveedor del cuidado de la salud (Referral to health care provider)
 - 63 Referencia para una Educación Especializada Y para un proveedor del cuidado de la salud (Referral to Special Education AND health care provider)
 - 64 Referencia para los programa de edad temprana (Ej., School Readiness, Head Start, ECFE, alfabetización familiar) (Referral to early childhood programs (e.g., School Readiness, Head Start, ECFE, family literacy))
 - 65 Referencia, negativa del padre (Referral, parent declined)

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR EL DISTRITO ESCOLAR (SCHOOL DISTRICT VERIFICATION OF INFORMATION)

Por el presente verifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.
 (I hereby verify that the above information is true and correct to the best of my knowledge.)

 Firma - Coordinador de la Evaluación de Edad Temprana del Distrito Escolar
 (Signature - School District Early Childhood Screening Coordinator)

 Fecha (Date)

****Se debe buscar un Número de Identificación (ID) pre-existente en el archivo de ID estatal de MARSS antes de crear/asignar un Número ID nuevo para el niño o el estudiante.**

(The MARSS statewide ID repository must be searched for a pre-existing ID Number before creating/assigning a new ID Number for the child or student.)**