

Primera Pregunta del Formulario de Registro Suplementario

To help you determine if the enrolling student has a disability, simply add the following question to your current intake/registration form. If the student marks “SI”, use the attached “Supplemental Disability Registration Form” to gain more information about their disability and needs in the classroom. This form can help you learn more about the student, if they need accommodations, and if they are an appropriate fit for Adult Basic Education.

If the student has a case worker, social worker, guardian or family member that you may want to contact, ask them to sign the “Consent for Release of Information” form. This will allow you to contact, share, and gain information from the students support system and provide you with information to best serve the individual.

Contact Wendy Sweeney at PANDA with any questions. 763-504-4095 or wendy_sweeney@rdale.org

Alguna vez te han diagnosticado algún trastorno que te dificulte el aprendizaje? (como salud mental, trastorno por déficit de atención y hiperactividad (TDAH), discapacidades de desarrollo, discapacidades de aprendizaje, lesión cerebral, pérdida de visión o oído, etc.)

_____SI

_____NO

Formulario de Registro Suplementario - Confidencial

Nombre _____ Fecha _____

Para saber más sobre ti y tus necesidades de aprendizaje, por favor contesta las siguientes preguntas:

Alguna vez has estado en un programa de educación especial o necesitado refuerzo escolar? Si No

Si es afirmativo, cuales: _____

Has tenido un: _____ Plan educacional individualizado (IEP) _____ 504

Alguna vez te han diagnosticado una de las siguientes enfermedades?

Enfermedad Mental? Si No

Marque con un circulo todas las que corresponden: depresión, ansiedad, bipolar, esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático (PTSD), abuso de sustancias, otras.

Si es afirmativo, cuales: _____

Desorden Hiperactivo y Déficit de Atención (ADHD) Si No

Trastornos del Desarrollo? Si No

Marque con un circulo todas las que corresponden: autismo, parálisis cerebral, Síndrome de Down, síndrome de alcoholismo fetal, retraso mental, otras.

Si es afirmativo, cuales: _____

Problemas de visión? Si No

Marque con un circulo todas las que corresponden: perdida de visión, visión borrosa, otras.

Problemas de oído? Si No

Marque con un circulo todas las que corresponden: perdida de oído, zumbidos en los oídos, sordera.

Alguna limitación física? Si No

Marque con un circulo todas las que corresponden: migrañas, derrames, ataques epilépticos/convulsiones, enfermedades graves, otras.

Si es afirmativo, cuales: _____

Lesión Cerebral Traumática? Si No

Detalla por favor: _____

Dificultades en el aprendizaje de la lectura, matemáticas o escritura? Si No

Marque con un circulo todas las que corresponden: dislexia (lectura), discalculia (matemáticas), disgrafía (escritura)

Otra información que pueda disminuir tu aprendizaje?: _____

Tienes trabajador social asignado? Si No

Si es afirmativo, en fin de obtener información para ayudarte en tu escuela, por favor firma el siguiente formulario de consentimiento.

Tienes tutor legal? Si No

Si es afirmativo, que el tutor legal firme el consentimiento adjunto a continuación.

Consentimiento de Divulgación de Información

Este formulario de consentimiento otorga al personal de _____ el permiso obtener tu Información Médica (PHI) tal como lo exige el Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), con el fin de intercambiar información de su escuela y aprendizaje.

Nombre del estudiante _____

Dirección _____ Ciudad _____ Minnesota Zip _____

Teléfono _____ Celular _____ Fecha de Nacimiento _____

Autorización otorgada por:

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Información del tutor

Nombre del tutor _____

Dirección _____ Ciudad _____ Minnesota Zip _____

Teléfono _____ Celular _____

Parentesco o relación con el estudiante _____

Firma del Tutor _____ Fecha _____

Información del trabajador social

Yo autorizo al personal de _____ a divulgar o obtener información de:

Nombre del trabajador social _____

Teléfono _____ Fax _____

Email _____