

# Tillamook School District # 9

## Confidential Prior Services

**Student Name:** \_\_\_\_\_

**Current School:** \_\_\_\_\_ **Current Grade:** \_\_\_\_\_

An awareness of any special services is important in order to plan the most appropriate educational program for a child.  
Has your child ever received or participated in the following services?

	YES	NO	
1. Special Education			
a. Currently on an IEP?			
i. Speech			
ii. Academics (please specify, math/read/write/etc.)			
iii. Other (e.g. vision, hearing)			
b. Currently in testing or evaluation process?			
c. Previously on an IEP or evaluated?			
2. 504 Plan			
3. Talented and Gifted (TAG)			
4. Extra Academic Assistance			If yes, what kind:
5. Counseling			If yes, what issue:
6. Medication			If yes, what type:
7. Special health issues or concerns			If yes, list:
8. Does your child need any special services at this time? (e.g. Title I, ELL)			If yes, what special services:
9. Has your child received any special services in the past two years? (Title I, ELL)			If yes, what specific services:
10. Would you like one of our administrators to contact you at this time to discuss any issues or concerns?			Contact number:

**Parent Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

## Tillamook School District # 9

### Servicios anteriores Confidenciales

**Nombre de estudiante:** \_\_\_\_\_

**Escuela Actual:** \_\_\_\_\_ **Grado Actual:** \_\_\_\_\_

El conocimiento de los servicios especiales es importante para planificar el programa educativo más apropiado para un niño.  
Su niño ha recibido o participado en los siguientes servicios?

	SI	NO	
1. Educación Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a. Actualmente está en un IEP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Discurso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ii. Académicos (Especificar, Tarea/Leer/Escribir/etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
iii. Otro (por ejemplo, visión, audición)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Actualmente en proceso de prueba o evaluación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Anteriormente en un IEP o evaluado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Plan de 504	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Talentosos y con un don (TAG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Asistencia Académica adicional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si contesto si, Que tipo?:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Asesoramiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si contesto si, Que tema?:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si contesto si, Que tipo?:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Preguntas o problemas de salud especiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si contesto si, Que tipo?:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Necesita su hijo servicios especiales en este momento? (ejemplo, Title I, ELL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si contesto si, Que tipo?:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Su hijo ha recibido algún servicio especial en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si contesto si, Que tipo:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Le gustaria que uno de nuestros administradores se ponga en contacto con usted para discutir cualquier problema o inquietud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de contacto:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Firma de Padres** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_