



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
División Legal
Secretaría Asociada de Educación Especial

Número de Registro

Número de SIE

QUEJA

1. NOMBRE DEL ESTUDIANTE:			
2. NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O PERSONA QUE RADICA LA QUEJA:			
3. DIRECCIÓN POSTAL DEL ESTUDIANTE		4. DIRECCIÓN RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE	
a) Urbanización /Barrio/Condominio		a) Urbanización/Barrio/condominio	
b) Calle/Sector/Piso:	c) Número:	b) Calle/Sector/Piso:	c) Número:
d) Pueblo:	e) Código Postal:	d) Pueblo:	e) Código Postal:
5. TELÉFONOS: RECIDENCIAL:		CELULAR:	TRABAJO:
6. LUGAR DONDE EL ESTUDIANTE RECIBE EL SERVICIOS EDUCATIVO:			
<input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> ESCUELA PRIVADA			
<input type="checkbox"/> PREESCOLAR <input type="checkbox"/> ESCUELA PÚBLICA			
7. NOMBRE DE LA ESCUELA:			
8. DISTRITO DONDE RECIBE EL SERVICIO:			
9. DISTRITO EN EL QUE ESTÁ REGISTRADO:			
10. IMPEDIMENTO:			
<input type="checkbox"/> Autismo		<input type="checkbox"/> Problemas Específicos de Aprendizajes	
<input type="checkbox"/> Daño Cerebral por Trauma		<input type="checkbox"/> Problemas de Habla y Lenguaje	
<input type="checkbox"/> Disturbios Emocionales		<input type="checkbox"/> Problemas de Audición	
<input type="checkbox"/> Impedimentos Múltiples		<input type="checkbox"/> Problemas de Salud	
<input type="checkbox"/> Impedimentos Ortopédico		<input type="checkbox"/> Retardación Mental	
<input type="checkbox"/> Impedimentos Visual		<input type="checkbox"/> Sordo	
		<input type="checkbox"/> Sordo Ciego	
11. Usted radicó o conoce que se ha radicado una querrela por los mismos hechos que lo motivan a radicar esta queja:			
<input type="checkbox"/> No (Pase a la próxima página)			
<input type="checkbox"/> Si Fecha: _____			
Existe una decisión final: _____			

