

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

SAEE-03 Referido a evaluación o terapia

Nombre del estudiante: _____ # SIE _____
Discapacidad: _____ Fecha PEI: _____
Fecha Nac. _____ Edad _____ # PEI _____

Evaluación

Inicial Trianual [_____]
 Adicional elegibilidad Fecha de última _____
 Psicológica Habla y lenguaje
 Ocupacional Física
 Otra _____

Terapia

Frecuencia _____
Modalidad _____
Duración _____
 Psicológica Habla y lenguaje
 Ocupacional Física
 Otra _____

Fecha de referido: _____ Oficina Regional Educativa de _____
Municipio de residencia _____ Código y Escuela _____
Nombre del padre _____ Email escuela _____ @de.pr.gov
Teléfonos _____ Teléfono escuela _____
Dirección postal _____
Email de los padres _____ Autorizo a que se me cite vía email

Razón del referido _____

Persona que realiza el referido _____ Firma _____

Le notificamos que el DEPR propone iniciar el servicio descrito. Solicitamos su autorización para proceder con el servicio.

Firma del padre, madre o encargado _____

Para uso oficial solamente

Cita 1	Cita 2	Cita 3
Fecha de cita _____	Fecha de cita _____	Fecha de cita _____
Corporación _____	Corporación _____	Corporación _____
Lugar _____	Lugar _____	Lugar _____
Hora: _____ Teléfono _____	Hora: _____ Teléfono _____	Hora: _____ Teléfono _____
Forma de notificada la cita: __ personal __ teléfono __ email __ correo	Forma de notificada la cita: __ personal __ teléfono __ email __ correo	Forma de notificada la cita: __ personal __ teléfono __ email __ correo