

**Illinois Centro de Asistencia Técnica del Estado
Manejo Sistemático de información para Resultados Educativos (SIMEO)
Instrumento de Disposición de la Consulta (RD-T): FY11**

Vez 1/Principio Cogido no más de 30 días del principio y antes de la primera entrevista	Vez 2 Cogido al máximo de una vez por mes del punto de la primera evolución hasta una vez a tres meses después de la primera evaluación, o antes del fin del año escolar	Vez 3 Cogido al máximo de una vez por mes del punto de la Vez 2 hasta una vez a seis meses después de la primera evaluación, o antes del fin año escolar	Vez 4 Cogido al máximo de una vez por mes del punto de la Vez 3 hasta una vez nueve meses después de la primera evaluación, o antes del fin del año escolar
--	---	---	--

Favor de notar: Las Secciones II y III se han colorado de gris para indicar que estas secciones tienen variables que se necesita preguntar cada vez de coger los datos

- 1) Fecha de llenar el instrumento: _____
- 2) Nombre del Estudiante: _____ 3) ID del Estudiante: _____
- 4) Favor de identificar el periodo de la evaluación:
- Vez 1/Principio Vez 2 Vez 3 Vez 4 Vez 5 Vez 6
 Vez 7 Vez 8 Vez 9 Vez 10 Despedida
- 5) Este instrumento fue llenado por: Un individuo Un grupo
- 6) Si individuo, indica papel: Padre/Cuidador Profesor Facilitador de Envuelto Facilitador que Fija a la Familia-Autismo
 Obrero Social Consejero Avisor de PBIS Otro: _____
- 7) Favor de identificar todas las Iniciativas de ISTAC envueltas con este estudiante y familia:
- CHOICES IATTP ISRC PBIS Otro: _____
- 8) Si PBIS, es está llenando este instrumento como: Parte de una intervención secundaria o FBA simple
 Parte de una intervención individual o FBA complejo
 Parte de un proceso de "envuelta"

SECCION 1: Llène a la primera consulta

- 9) Fecha de consulta: _____ 10) Nombre de la persona que la pide: _____
- 11) Teléfono: _____ 12) Correo Electrónico: _____
- 13) Título del Empleo: Padre Director de la Educación Especial Especialista de TA Obrero Social de una Agencia
 Profesor Director del Caso Avisor de PBIS Avisor de Conducta
 Director de la escuela Profesora de los Recursos Obrero Social de la Escuela Terapeuta
 Coordinador de ISTAC/Miembro del Grupo Psicólogo de la Escuela
 Otro: _____
- 14) Nombre del individuo que entra datos de SIMEO en el almacenamiento: _____
- 15) Cuarto: Uno (el 1 de julio-el 30 de sep.) Dos (el 1 de oct-el 31 de diciembre) Tres (el 1 de enero- el 31 de marzo)
 Cuatro (el 1 de abril-el 30 de junio)
- 16) Año Económico del Estado: _____
- 17) Fecha de la Primera Conversación con el Padre/Guardián: _____
- 18) Fecha anticipada de la Primera Entrevista del Grupo: _____
- 19) Nombre de la Persona que Facilita el Grupo y el Plan Individualizado: _____
- 20) Teléfono: _____ 21) Correo Electrónico: _____
- 22) Título del Empleo: Padre Director de la Educación Especial Especialista de TA Obrero Social de una Agencia
 Profesor Director del Caso Avisor de PBIS Avisor de Conducta
 Director de la escuela Profesora de los Recursos Obrero Social de la Escuela Terapeuta
 Coordinador de ISTAC/Miembro del Grupo Psicólogo de la Escuela
 Facilitador que Fija a la Familia-Autismo Otro: _____

Avisor Externo a la Escuela (Solamente PBIS)

23) ¿Hay un avisor externo para esta escuela? Sí No

24) Nombre: _____

25) Teléfono: _____ 26) Correo Electrónico: _____

Demográficos de La Escuela Asistido por el Estudiante

27) Nombre de la Escuela _____ 28) Número del Distrito: _____

29) Cooperativo de Educación Especial (si aplicable): _____ 30) Condado: _____

31) Dirección de la Escuela: _____ Ciudad/Estado: _____ Número Postal: _____

32) Contacto: _____ 33) Teléfono: _____

34) Esta este estudiante en una escuela con PBIS? Sí No

35) Grado: Servicios para 0-3 K 2 4 6 8 10 12 Retirado Transición Después de 12
 Ante-K 1 3 5 7 9 11 No Alistado Enseñanza en Casa

SECCION 2: Llene durante todos los períodos de evaluación (Principio, trimestralmente y despedida) a menos que sea indicado de otra manera.

36) ¿Se identifica ahora este estudiante como estudiante de educación especial con IEP? Sí No

37 y 38) Favor de escoger las inhabilidades como indicadas en el IEP: (Favor de indicar la inhabilidad primaria con 1 y la inhabilidad secundaria con 2)

- | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|
| _____ Retardación Mental | _____ Emperramiento de oído | _____ Desorden Emocional |
| _____ Empeoramiento Visual | _____ Empeoramiento de hablar y/o Lenguaje | _____ Retraso de Desarrollo |
| _____ Sordera | _____ Inhabilidades Múltiples | _____ Ninguna inhabilidad |
| _____ Otro Empeoramiento de Salud | _____ Herida Traumática de Cerebro | _____ Plan 504 |
| _____ Autismo | _____ Inhabilidad Específica de Aprender | |
| _____ Empeoramiento Ortopédico | _____ Sordera-Ciego | |

39) (Solamente IATTP) Favor de identificar la diagnosis de DSM del estudiante (solamente uno por estudiante):

- Desorden desagregativo de niñez Desorden RELT PDD/NOS Desorden de Asperger
 Autismo Otro (indique cuál) _____

40) Colocación educativa del presente es:

- Clase educativa general 100% del día-Código de FACTS 01
- Clase educativa general con consulto de educación especial-Código de FACTS 01
- Clase educativa general con soporte inclusivo-Código de FACTS 01
- Instrucción de educación especial y/o servicios relacionados 1-20% del día FUERA DE la clase educativa general-Código de FACTS 01
- Instrucción de educación especial y/o servicios relacionados 21-60% del día FUERA DE la clase educativa general-Código de FACTS 02
- Instrucción de educación especial y/o servicios relacionados más de 60% del día FUERA DE la clase educativa general-Código de FACTS 03
- Educación especial 100% en una separada escuela pública del día-Código de FACTS 04
- Educación especial 100% en una separada escuela pública del día en conjunción con un componente separad de residencia-Código de FACTS 05
- Un centro de detención o cárcel del condado o municipio-Código de FACTS 07
- IYC-Cárcel- Código de FACTS 07
- Escuela particular del día- Código de FACTS 08
- Residencia particular- Código de FACTS 09
- Medio ambiente de educación alternativa
- Hogareño- Código de FACTS 11
- Hospital- Código de FACTS 12
- Educación regular de Ante-escuela elementaría
- Educación especial de Ante-escuela elementaría/Niñez
- Cuida de Niños de la Comunidad
- Escuela del día parcial
- Otro _____

41) ¿Ha cambiado la colocación educativa en los res meses pasados? Sí No

42) ¿Se ha establecido un grupo de Hogar/Esquela? (Solamente ISRC) Sí No No aplicable

Demográficos del Estudiante

43) Primer Idioma del Cuidador: Inglés Español Chino Francés Alemán Otro: _____

44) Relación del Cuidador al Estudiante: Madre Padre Abuelo Padrastro Padre Adoptivo Dos Padres
 Otro Pariente Otro: _____

45) Raza del Estudiante: Asiático Afro-Americano Biracial Caucáseo Hispánico/Latino Otro: _____

SECCION 2 (cont.) Repase Evaluación: Llène durante todos los períodos de estimación después del primer contacto (trimestral y despedida)

46) Sexo del Estudiante: Masculino Femenino

47) Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____

48) Edad del Estudiante: _____

49) LAN # del LAN donde vive el estudiante: _____

50) ¿Se ha sugerido para soporte por su LAN? Sí No

51) Si sí, ¿Se han pedido fondos flexibles? Sí No

52) Primer Idioma del Estudiante: Inglés Español Chino Francés Alemán Otro: _____

53) ¿Hay otras agencias envueltas ahora con el estudiante y/o la familia? Sí No

54) Si sí, indique las agencias envueltas ahora: DCFS Libertad Vigilada CMHC Asistencia Publica Otro: _____

55) ¿Tiene este estudiante envuelto legal con DCFS? Sí No

56) ¿Tiene el estudiante un implanto coclear? (solamente ISRC) Sí No No aplicable

57) ¿Cuántas veces se ha reunido el grupo desde el ultimo repaso o evaluación de SIMEO, incluyendo el primero? _____

58) (Solamente PBIS) ¿Se usa data de SWIS con sesiones de estudiante/familia durante del periodo del reporte? Sí No

59) ¿Se uso datos para las reuniones durante del periodo reportaje? Sí No

60) Si sí, favor de indicar de que manera (indica tantos como apliquen):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> atraer a los miembros del grupo | <input type="checkbox"/> asegurar voz de la familia | <input type="checkbox"/> idear intervenciones |
| <input type="checkbox"/> revisar acciones del grupo | <input type="checkbox"/> celebrar éxito | <input type="checkbox"/> no se usaron los datos |

61) ¿Tiene el estudiante BIP? (Solamente ISRC) Sí No No aplicable

62) Si el estudiante esta alistado en grado 3-8 o 11 (o equivalencia educativa) este año, ¿participaran en la Evaluación del Estado de ISBE? Sí No

63) Si sí, favor de identificar el examen sufrido o estar sufrido por el estudiante: ISAT IAA Otro: _____

64) Si el estudiante ha sufrido la Evaluación del Estado desde el último RD-T evaluación, favor de identificar el resultado:

- Excedió niveles establecidos Alcanzo niveles establecidos Bajo de niveles establecidos Aviso académico
 No complete examen durante este periodo de evaluación

Los Factores Relacionados a la Escuela: Llène durante todos los periodos de estimación (principio, trimestral y despedida)

65) Riesgo de mal éxito en la colocación al hogar: ningún riesgo riesgo mínimo riesgo mediano riesgo máximo

66) Riesgo de mal éxito en la colocación en la escuela: ningún riesgo riesgo mínimo riesgo mediano riesgo máximo

67) Riesgo de mal éxito en la colocación en la comunidad: ningún riesgo riesgo mínimo riesgo mediano riesgo máximo

68) ¿Ha tenido el estudiante unas ocasiones disciplinarias durante de los tres meses pasados? Sí No

69) Si sí, ¿cuantas? _____

70) ¿Ha tenido el estudiante unas distensiones dentro de escuela durante de los tres meses pasados? Sí No

71) Si sí, ¿cuantas? _____

72) ¿Ha tenido el estudiante unas distensiones afuera de escuela durante de los tres meses pasados? Sí No

73) Si sí, ¿cuantas? _____

74) ¿Ha tenido el estudiante unas expulsiones durante de los tres meses pasados? Sí No

75) Si sí, ¿cuantas? _____

Otros Factores Relacionados a la Escuela: Llene durante todos los periodos de estimación después del primer contacto (trimestral y despedida)

76) Asistencia a la escuela: 59% o bajo 60-69% 70-79% 80-89% 90-100%

77) Favor de estimar el promedio aproximado de notas del estudiante:

59% o bajo 60-69% 70-79% 80-89% 90-100% No aplicable

78) ¿Ha salido el estudiante de la escuela? Sí No

79) ¿Ha graduado el estudiante de la escuela secundaria? Sí No 80) Fecha de graduación: _____

81) Si ha graduado, ¿con que? Diploma de Escuela Secundaria Certificado GED

82) ¿Ha divertido los soportes y servicios individualizados por la Iniciativa de ISTAC de una colocación mas restringida? Sí No
 No aplicable-Principio

83) ¿Se ha despedido el estudiante de la Iniciativa de ISTAC este semestre? Sí No

84) Si sí, favor de identificar la razón por la despedida:

realización de la Iniciativa transición del estudiante (mudado, traslado de escuelas o distrito)
 estudiante se graduó grupo disolvió estudiante/padre escojo salir otro: _____

85) Si sí, favor de estimar el suceso exacto de la Iniciativa ISTAC (Solamente despedida):

Malo Insatisfactorio Satisfactorio Sobre Mediano Excelente

SECCION 3 Servicios Proveído por el Plan Individualizado

86-89) Servicios Usados: Llene durante todos los periodos de estimación después del primer contacto.

Favor de revisar si se utilizan ahora estos servicios y en los espacios proveídos use las cifras siguientes para juzgar la frecuencia y duración de los servicios.

Escala de Frecuencia: 1 = 1 vez en los 3 meses pasados 2 = 1 vez por mes 3 = 1 vez por semana
4 = Más de 1 vez por semana 5 = 1 vez por día 6 = Más de 1 vez por día

Escala de Duración: Favor de usar un valor numérico (numero) para reflejar el numero de horas del servicio que recibió el estudiante durante el periodo de frecuencia identificada. Por ejemplo, si el estudiante recibió 6 horas de formato de ensaya discreto-enseñanza de análisis aplicado de conducta dos veces por semana, la estimación numérica para la frecuencia seria 4 y la estimación numérica para la duración seria 6.

Al Hogar

Familia Hijo	Frecuencia	Duración	Familia Hijo	Frecuencia	Duración
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuidado del Niño	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Servicios En Casa	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Servicios de la Protección del Niño	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ayudante Individual	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Consejo-Matrimonios (Pares)	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Servicios Médicos	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Consejo-Grupo	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Servicios de Medicare	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Consejo-Individual	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Las Medicinas	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Consejo-Abuso de Drogas	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Evaluación de Las Medicinas	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intervención para la Violencia Domestica	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Evaluación de Salud Mental	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asistencia con Empleo	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El Aviso	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soporte Financiero	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Educación de Ser Padres	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Servicios para Ser Ama de Casa	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soportes para Padres	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalización	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuidado Ante-Natal	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asistencia de viviendas	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asistencia Pública/TANF	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Plan de Recreación	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transporte	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respiro	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enseñanza Vocacional	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coordinación de Servicio/Manejo de Caso	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ayudante Personal	_____	_____
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____		

Escuela

Hijo	Frecuencia	Duración	Hijo	Frecuencia	Duración
<input type="checkbox"/> Intervenciones Académicas	_____	_____	<input type="checkbox"/> Terapia vocacional	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dando Enseñanzas Académicas Particulares	_____	_____	<input type="checkbox"/> Servicios de Orientación y Movilidad	_____	_____
<input type="checkbox"/> Programa Después de la Escuela	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ayudante Personal o Individual	_____	_____
<input type="checkbox"/> Intervenciones para Manejo de Cólera	_____	_____	<input type="checkbox"/> Par-Avisor	_____	_____

Escuela (cont.)

Hijo	Frecuencia	Duración	Hijo	Frecuencia	Duración
<input type="checkbox"/> Servicios Asistivos de Tecnología o Aparatos-Bajo-Tec	_____	_____	<input type="checkbox"/> Estrategias para Soporte de Pares	_____	_____
<input type="checkbox"/> Servicios Asistivos de Tecnología o Aparatos-Alto-Tec	_____	_____	<input type="checkbox"/> Terapia Física	_____	_____
<input type="checkbox"/> Servicios Audio lógicos	_____	_____	<input type="checkbox"/> Lector o Interprete	_____	_____
<input type="checkbox"/> Terapia de Integración Auditiva	_____	_____	<input type="checkbox"/> Terapia de Recreación	_____	_____
<input type="checkbox"/> Servicios del Manejo del Caso	_____	_____	<input type="checkbox"/> Cuidado por Enfermeras	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cuidado del Niño	_____	_____	<input type="checkbox"/> Instrucción del Relaje y Auto-Modulación	_____	_____
<input type="checkbox"/> Consejo-Grupo	_____	_____	<input type="checkbox"/> Instrucción de Habilidades Sociales	_____	_____
<input type="checkbox"/> Consejo-Individual	_____	_____	<input type="checkbox"/> Plan Sensorio	_____	_____
<input type="checkbox"/> Plan de Crisis/Seguridad	_____	_____	<input type="checkbox"/> Consulta de Educación Especial	_____	_____
<input type="checkbox"/> Modificación del Plan de Estudios	_____	_____	<input type="checkbox"/> Terapia de Articulación y Lenguaje	_____	_____
<input type="checkbox"/> Formato de Ensayo Discreto o Enseñaza de Análisis Aplicada de Conducta	_____	_____	<input type="checkbox"/> Programa Escolar del Verano (Ninguna parta del IEP)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Trato para Abuso de Drogas	_____	_____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> FBA/BIP	_____	_____	<input type="checkbox"/> Haciendo Planes para Transición	_____	_____
<input type="checkbox"/> Plan de Estudio Funcional	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sistemas de Comunicación Visual	_____	_____
<input type="checkbox"/> Instrucción de Lenguaje	_____	_____	<input type="checkbox"/> Soportes para Inmediaciones Visuales	_____	_____
<input type="checkbox"/> Instrucción de Desocuparon y Comunidad	_____	_____	<input type="checkbox"/> Estimación Vocacional	_____	_____
<input type="checkbox"/> Instrucción de Habilidades de vida	_____	_____	<input type="checkbox"/> Haciendo Planes para Vocación/Después de Graduarse	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medicina	_____	_____	<input type="checkbox"/> ESY-Como parte de IEP	_____	_____
<input type="checkbox"/> Evaluación de Medicina	_____	_____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Avisor/Ayudante	_____	_____	<input type="checkbox"/> Cuidado por Enfermeras	_____	_____
<input type="checkbox"/> Terapia de Habilidades de Mover	_____	_____			

Comunidad

Familia Hijo	Frecuencia	Duración	Familia Hijo	Frecuencia	Duración
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Programas Después de la Escuela	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Par-Avisor	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Servicios de Recreación	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aviso de Comunidad	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respiro	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soportes Culturales/Espirituales	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grupos de Soporte para Jóvenes	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asistencia para Empleo	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Experiencias Dirigidas al Exterior	_____	_____			