



Private Education in a Public School Setting

## RIVERSIDE ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT NO. 2 EXCEPTIONAL STUDENT SERVICES DEPARTMENT

PHN (602) 477-8900

FAX (602) 272-8378

### CHILD FIND PRE-SCREENING

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

Nombre de niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Idioma que habla su hijo?  Inglés  Español

¿Idioma que hablan el/los padre(s)?  Inglés  Español

¿Necesita un traductor?  Sí  No

¿Razón por la cual usted está solicitando una evaluación para su niño? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño un diagnóstico médico?  Sí  No

Indique diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Fecha de la última prueba de audición: \_\_\_\_\_

Fecha de la última prueba de visión: \_\_\_\_\_

¿Vivir dentro de los límites del Distrito?  Sí  No

¿Ha participado su niño en uno de los siguientes programas?  Head Start  Pre-escolar

Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma de padre

\_\_\_\_\_  
Fecha