



Encuesta para Padres de Servicios de Educación Especial

Esta encuesta es para padres de estudiantes actualmente (o recientemente) en un programa de educación individualizada (Individualized Education Program – IEP). Su respuestas ayudaran a guiar los esfuerzos para mejorar servicios y resultados para los estudiantes. Su respuesta es voluntaria.

*1. ¿Cuál es el nombre del condado del distrito escolar de su hijo? _____

*2. ¿Cuál es el nombre del distrito escolar de su hijo? _____

** Esta es información critica. Sin él, no podemos usar la información de la encuesta para monitoreo y mejora.*

	Raramente o nunca	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
3. Se me considera un socio en igualdad con los profesores y otros profesionales en la planificación de la educación de mi hijo(a).	1	2	3	4
4. Los profesores me animan a participar en la toma de decisiones sobre los servicios de mi hijo(a).	1	2	3	4
5. La escuela se comunica regularmente conmigo respeto al progreso de mi hijo(a) en sus metas del IEP.	1	2	3	4
6. Los administradores de la escuela buscan el aporte de los padres.	1	2	3	4

	Ninguno o pocos	Algunas	Más	Todas
7. Rellene el espacio en blanco: _____ de mis inquietudes y recomendaciones fueron dirigidas en la reunión de IEP de este año.	1	2	3	4

	Si	No	No estoy seguro	N/A
8. Se me ofreció asistencia especial y apoyo para que pudiera participar en la reunión del IEP (p.ej. interprete, cita con mutuo acuerdo, etc.).	2	1	0	4
9. Se me ha dado información sobre a quien llamar si no estoy satisfecho(a) con los servicios que recibe mi hijo(a).	2	1	0	
10. La escuela ofrece a los padres varias formas de comunicarse con los profesores y administradores.	2	1	0	

Pasa la página - más preguntas al dorso.

11. ¿Cuál es el género de su hijo?

- 1 Niño 2 Niña

12. ¿Cuál es la raza / etnia de su hijo? (*Encierra en un círculo todo lo que corresponda*)

- 1 Indio Americano o Nativo de Alaska 2 Asiático 3 Negro o Africano Americano
4 Hispano o Latino 5 Nativo de Hawái o Islas del Pacífico 6 Blanco o Caucásico

13. ¿Cuál es la discapacidad PRIMARIA de su hijo? (*Circule solo uno*)

- | | | |
|---|--|--|
| 1 Autismo | 6 Discapacidad Intelectual | 11 Trastorno del Habla o Lenguaje |
| 2 Sordo ceguera | 7 Discapacidades Múltiples | 12 Lesión Cerebral Traumática |
| 3 Retraso del Desarrollo | 8 Impedimento Ortopédico | 13 Impedimento Visual,
Incluyendo Ceguera |
| 4 Trastorno Emocional | 9 Otro Impedimento de Salud | 14 No se |
| 5 Impedimento Auditivo,
Incluyendo Sordera | 10 Discapacidad Específica de
Aprendizaje | |

14. ¿Que edad tiene su hijo(a)? (*Circule solo uno*)

- 3-5 años 6-10 años 11-13 años 14-18 años 19 años o mas

Puede entregar esta encuesta a un miembro del equipo del IEP en un sobre cerrado o puede enviarla por correo a:

The Center for Technical Assistance for Excellence in Special Education
Utah State University
6896 Old Main Hill
Logan, UT 84322

¡Gracias por su tiempo! Su contribución es agradecida.