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 Pacifico 6 Blanco o Caucásico

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

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

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.