



## Departamento de Educación de California, Educación Especial

# Encuesta para padres - Educación especial

Esta encuesta es para los padres de estudiantes que reciben servicios de educación especial. Para ayudarnos a mejorar los servicios y los resultados para los estudiantes y sus familias, lo invitamos a compartir la experiencia de su hijo a lo largo del año pasado como estudiante que recibió servicios de educación especial, y su experiencia como padre o madre. Puede saltar cualquier punto que piense que no se aplica a usted o a su hijo. Le pedimos que no comparta información confidencial en las secciones para comentarios. La información que comparta con nosotros no se procesará ni se archivará como una queja oficial; para presentar una queja formal ante el CDE, visite [www.cde.ca.gov/sp/se/qa/cmplntproc.asp](http://www.cde.ca.gov/sp/se/qa/cmplntproc.asp) o llame al 1-800-926-0648.

### Instrucciones para entregar la encuesta:

Si recibió la encuesta de su distrito, siga las instrucciones de entrega provistas.  
 Todas las demás encuestas impresas se deben enviar por correo a:  
 Seeds of Partnership- P.O. Box 269003, Sacramento, CA 95826

**Opción en línea:** [www.seedsofpartnership.org/monitoringsurvey](http://www.seedsofpartnership.org/monitoringsurvey) o escanee el código QR



**Distrito:**

**Fecha de hoy:**

**Escuela a la que asiste su hijo:**

**Condado en que vive su hijo:**

**Edad del niño en años:**

**Mi hijo recibe servicios de educación especial a través de un programa de la oficina de educación del condado.**

Sí  No

**Excepcionalidad / discapacidad principal del niño (Marque solo uno)**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="radio"/> Autismo               | <input type="radio"/> Problemas emocionales                | <input type="radio"/> Impedimento ortopédico                  | <input type="radio"/> Lesión cerebral traumática            |
| <input type="radio"/> Sordera-ceguera       | <input type="radio"/> Impedimento auditivo                 | <input type="radio"/> Otro impedimento de salud               | <input type="radio"/> Impedimento visual incluyendo ceguera |
| <input type="radio"/> Sordera               | <input type="radio"/> Discapacidad intelectual             | <input type="radio"/> Discapacidad específica del aprendizaje |   |
| <input type="radio"/> Varias discapacidades | <input type="radio"/> Deficiente en el habla o el lenguaje |   |   |

**Raza / grupo étnico del menor (Marque uno o más)**

- |   |   |  |                                 |                                 |                                     |                             |
|---|---|--|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska | <b>Asiático</b>                                 | <input type="radio"/> Indio asiático           | <input type="radio"/> Camboyano | <input type="radio"/> Chino     | <input type="radio"/> Filipino      | <input type="radio"/> Hmong |
| <input type="radio"/> Negro o afronorteamericano          | <input type="radio"/> Japonés                   | <input type="radio"/> Laosiano                 | <input type="radio"/> Coreano   | <input type="radio"/> Vietnamés | <input type="radio"/> Otro asiático |                             |
| <input type="radio"/> Hispano o latino                    | <b>Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico</b> | <input type="radio"/> Hawaiano                 | <input type="radio"/> Guameño   | <input type="radio"/> Samoano   | <input type="radio"/> Tahitiano     |                             |
| <input type="radio"/> Blanco                              |   | <input type="radio"/> Otro isleño del Pacífico |                                 |                                 |                                     |                             |

**Nombre del padre, madre o tutor (opcional):**

**Email (opcional):**

### General

- |  | <i>Muy de acuerdo</i> | <i>De acuerdo</i>     | <i>En desacuerdo</i>  | <i>Muy en desacuerdo</i> |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. En general, mi hijo está aprendiendo y progresando en su educación.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 2. El personal escolar se comunica regularmente conmigo para hablar del progreso y las actividades educativas relacionadas de mi hijo.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 3. El personal escolar/del distrito ofrece a los padres la ayuda que necesitan para respaldar las actividades educativas y de aprendizaje de su hijo (como comprender lo que se le enseña al hijo en la escuela, ideas para que los estudiantes participen en su aprendizaje, materiales, recursos, etc.). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 4. El personal escolar/del distrito me ofrece información sobre la escuela, el distrito o grupos comunitarios que brindan recursos o apoyo a los padres de los estudiantes que reciben servicios de educación especial.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |

Muy de acuerdo  
De acuerdo  
No sé  
En desacuerdo  
Muy en desacuerdo

5. El personal escolar/del distrito explica el proceso del IEP y las Salvaguardas de procedimiento (la ley federal que protege los derechos de los padres), de ser necesario.	<input type="radio"/>				
6. El personal escolar/de distrito me informa sobre el proceso y las opciones disponibles si estoy en desacuerdo con una decisión sobre el programa o los servicios de educación especial de mi hijo.	<input type="radio"/>				
7. Siento que puedo compartir mis inquietudes con el personal escolar o del distrito sobre los programas o servicios de educación especial, sin consecuencias negativas para mí o mi hijo.	<input type="radio"/>				
8. El equipo de IEP de mi hijo contaba con los participantes requeridos, como padres, maestros, proveedores de servicios, administrador/representante.	<input type="radio"/>				
9. El equipo del IEP tiene en cuenta mis inquietudes e ideas sobre la educación y el desarrollo de mi hijo.	<input type="radio"/>				
10. Las evaluaciones de educación especial que recibió mi hijo sirvieron para identificar todas sus necesidades académicas, funcionales y del desarrollo.	<input type="radio"/>				
11. Se revisaron y explicaron los informes de las evaluaciones que recibió mi hijo como parte del proceso del IEP.	<input type="radio"/>				
12. El equipo del IEP usó los resultados de la(s) evaluación(es) de mi hijo para determinar las metas y servicios del IEP.	<input type="radio"/>				
13. El equipo del IEP analizó y revisó las metas de mi hijo teniendo en cuenta tanto su progreso como su falta de progreso.	<input type="radio"/>				
14. El equipo del IEP habló sobre la participación de mi hijo en las pruebas estatales y del distrito, y las adaptaciones y modificaciones que se deberían proporcionar.	<input type="radio"/>				
15. Mi hijo ha recibido la colocación apropiada para sus necesidades educativas (como colocaciones en la clase de educación general, la clase de educación especial, centro de aprendizaje/apoyo de recursos, etc.).	<input type="radio"/>				
16. Mi hijo recibe apoyos y servicios (como del habla, fisioterapia o terapia psicológica, tecnología facilitante, etc.) con la duración y frecuencia indicada en su IEP más reciente.	<input type="radio"/>				
17. Mi hijo recibe todas las adaptaciones y modificaciones necesarias para la enseñanza, las tareas del hogar y demás actividades, tal como se indica en el IEP.	<input type="radio"/>				
18. Mi hijo puede acceder y tiene la oportunidad de participar en actividades escolares y extracurriculares patrocinadas por la escuela.	<input type="radio"/>				

**Apoyo conductual:** (Si no corresponde, deje en blanco)

Solo responda si hubo factores conductuales que afectaron el aprendizaje de su hijo o el aprendizaje de otros.

19. Mi hijo recibe el apoyo necesario para ayudar a identificar problemas conductuales (como un plan de intervención conductual, en el IEP, mediante intervenciones/estrategias, etc.).	<input type="radio"/>				
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**Planificación de transición secundaria:** (Si no corresponde, deje en blanco)

Solo responda si su hijo cumplirá 16 años de edad antes de su próxima reunión del IEP.

20. El personal escolar/del distrito me explicó el proceso de planificación de transición del IEP.	<input type="radio"/>				
21. Mi hijo recibe los servicios de transición indicados en el plan de transición para permitir que mi hijo alcance en forma razonable su(s) meta(s) postsecundarias (como clases educativas, vida independiente/con soporte, empleo, etc.).	<input type="radio"/>				

**Alumnos con discapacidades que están aprendiendo inglés:** (Si no corresponde, deje en blanco)

Solo responda si su hijo está clasificado como alumno que aprende inglés (aprende inglés y puede ser multilingüe)

22. Mi hijo fue evaluado en forma apropiada para determinar su suficiencia en el idioma inglés.	<input type="radio"/>				
23. El personal escolar/del distrito brinda apoyo con el desarrollo del lenguaje para ayudar a que mi hijo pueda aprender en todas las áreas académicas necesarias.	<input type="radio"/>				

**Comentarios:** (si hace falta más lugar, agregue una hoja separada)