



DOERNBECHER
CHILDREN'S
Hospital

مرحبًا بكم في Child Development and Rehabilitation Center و OHSU Doernbecher Children's Hospital

يشرفنا اختيارك لنا لرعاية طفلك. هدفنا هو تقديم رعاية عالية الجودة في الوقت المناسب وبطريقة محترمة.

في الصفحة التالية، قدمنا لك قائمة بالعناصر التي ستحتاج إلى الحصول عليها لمساعدتنا في تقييم طفلك.

نحتاج منك أن تعيد جميع المستندات المطلوبة قبل أن نتمكن من وضع طفلك على قائمة انتظار للحصول على موعد. يرجى إرسال المستندات بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني إلى مكتبنا في أقرب وقت ممكن إلى:

Oregon Health & Science University

Attention: CDRC

PO Box 574

Portland OR 97207-0574

الفاكس: 503 494-4447

البريد الإلكتروني: cdrcnorthunit@ohsu.edu

إذا كانت لديك أي أسئلة أو مشاكل في إكمال هذه النماذج، أو كنت بحاجة إلى هذه المعلومات بلغة مختلفة، فيرجى الاتصال بالرقم 877-346-0640.

يرجى استخدام الحبر الأسود في جميع النماذج، وعمل نسخة من أي شيء ترسله بالبريد، واحتفظ دائمًا بنسخك الأصلية.

شكرًا لك على وقتك وجهدك في إكمال الحزمة وإعادة إرسالها. نتطلع إلى العمل معك ومع أسرتك.

إذا كنت بحاجة إلى هذه المعلومات بلغة أخرى، فيرجى الاتصال بالرقم 877-346-0640.



DOERNBECHER
CHILDREN'S
Hospital

الأسئلة الشائعة حول تقييمات CDRC

متى يجب علي الاتصال للتحقق من حالة إحالة طفلي؟

يتلقى مركز CDRC العديد من الإحالات كل أسبوع ونسعى جاهدين لربطك بقسم التسجيل في OHSU في غضون 48 ساعة. إذا لم تتلق ردًا منا خلال 5 أيام عمل، فيرجى الاتصال بالرقم 503-346-0640.

متى أتلقي حزمة القبول؟

يرجى الاتصال بالرقم 503-494-5252 لتحديث معلومات تسجيل طفلك، حيث إن هذه الخطوة مطلوبة (حتى لو كنت قد عملت سابقًا مع CDRC). يرجى توفير بطاقة التأمين الخاصة بك عند الاتصال. بعد الاتصال بالتسجيل، يجب أن تصل حزمة القبول الخاصة بك في غضون 10 أيام عمل.

ما هي مدة قوائم الانتظار لبرنامج السريري؟

لدينا العديد من عيادات التقييم المختلفة في CDRC. يتم تعيين المرضى إلى عيادة معينة اعتمادًا على عمرهم، والأعراض، والتشخيصات (إذا كانت معروفة)، والمعلومات من حزمة القبول المرتجعة. يختلف وقت انتظار كل عيادة، وقد تضطر إلى الانتظار عدة أشهر بعد إعادة الحزمة لتحديد موعد.

متى يجب أن أتصل للتحقق من مكان طفلي في قائمة الانتظار الخاصة ببرنامجهم السريري؟

يمكنك الاتصال للتحقق مما إذا كانت عيادتنا قد استلمت أوراق القبول المرتجعة (يرجى عمل نسخ من كل ما ترسله بالبريد)، ويجب عليك أيضًا الاتصال لإعلامنا إذا تغير أي شيء، مثل عنوانك أو رقم هاتفك. ومع ذلك، يرجى الانتظار 90 يومًا قبل الاتصال للتحقق من مكان وجود طفلك في قائمة الانتظار، حيث غالبًا ما تستغرق معالجة المعلومات وقتًا طويلاً.

هل سيغطي التأمين الخاص بي هذه التكلفة؟

نحن نعمل مع معظم خطط التأمين، لكن تختلف كل بوليصة عن الأخرى. نوصيك بالاتصال بشركة التأمين الخاصة بك مبكرًا للتأكد من تغطية خدماتنا، وأننا في شبكتك، وأن أي تصاريح مطلوبة يتم الاهتمام بها مسبقًا. عادةً لا يغطي التأمين الطبي اختبار صعوبات التعلم، إذا لزم الأمر، ويمكن إجراؤه بواسطة منطقتك المدرسية.

هل يمكنني إحضار أطفال آخرين إلى الموعد؟

حضورك إلى العيادة مطلوب خلال الموعد بأكمله (والذي قد يستمر من 1 1/2 ساعة إلى 6 ساعات). يرجى إبقاء الأشقاء وأفراد الأسرة الإضافيين في المنزل في هذا الموعد.



DOERNBECHER
CHILDREN'S
Hospital

CHILD DEVELOPMENT AND REHABILITATION CENTER

حزمة القبول

العناصر التالية مطلوبة منك قبل أن نتمكن من وضعك على قائمة الانتظار للحصول على موعد. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو تحتاج إلى هذه المعلومات بلغة أخرى، فيرجى الاتصال بالرقم 503-346-0640.

يرجى عمل نسخة من أي شيء ترسله بالبريد، واحتفظ دائمًا بالنسخ الأصلية. يرجى إكمال جميع النماذج بالحبر الأسود.

العناصر التي عليك إكمالها:

- ☐ مركز Child Development and Rehabilitation Center في OHSU، التاريخ الطبي للمريض
- ☐ اتصل بقسم تسجيل المريض بالرقم 503-494-8505 لإعداد أو تحديث حساب المريض مع OHSU. يرجى تجهيز معلومات التأمين عند الاتصال.

العناصر التي يجب الحصول عليها من المدرسة:

يتم إرفاق نموذج الإفصاح عن المعلومات إذا كنت ترغب في أن ترسل المدرسة هذه المعلومات إلينا مباشرة.

☐ استبيان المعلم

☐ مقياس تقييم NICHQ Vanderbilt، المعلم المخبر
يجب إكمال ذلك من قبل المعلم أو المعالج أو مقدم الرعاية النهارية أو زائر المنزل.

إذا كان لدى طفلك خطة تعليم فردي (IEP) أو خطة 504، فقم أيضًا بتضمين:

☐ نسخة من خطة التعليم الفردي (IEP) أو الأعمال الورقية لخطة 504 (إن وجدت)

☐ نسخة من أحدث اختبار أو اختبارات الأهلية للتعليم الخاص (إن وجد)

معلومات أخرى (اختياري):

☐ ضع في اعتبارك تضمين نسخ من أي اختبار سابق متعلق بالتعلم أو اللغة أو المهارات الحسية/الحركية أو السلوك و/أو ملاحظات التقدم الأخيرة من مقدمي التدخل الحالي

أرسل الحزمة بالبريد إلى:

Intake Coordinator
Child Development and Rehabilitation Center (CDRC)
901 E 18th Avenue
Eugene, OR 97403

يمكنك أيضًا إرسال المستندات عبر الفاكس أو البريد الإلكتروني إلى:

الفاكس: 503-346-6918

البريد الإلكتروني: eugenereferrals@ohsu.edu



Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Doernbecher Pediatric

OC4501



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY**

التاريخ الطبي للمريض

صفحة 1 من 9

رقم الحساب

رقم السجل الطبي

الاسم

تاريخ الميلاد

هوية المريض

يُرجى استيفاء هذا النموذج كاملاً قدر الإمكان. استخدم المزيد من الأوراق إذا لزم الأمر.

اسمك: _____ التاريخ: _____
صلة القرابة بالطفل: _____ من الوصي القانوني على الطفل؟ _____
ما الاسم الذي يحب طفلك أن يُنادى به؟ _____
إذا كانت هناك لغات أخرى يتم التحدث بها في المنزل، أيها يكون فهم الطفل أكثر فهمًا لها؟ _____
أكثر تحدثًا لها؟ _____
☐ تحقق مما إذا كان الطفل مُتبني واذكر بلد المولد: _____ العمر عند التبني: _____

1. ما هي أكثر الأمور التي تقلقك؟

2. متى بدأت هذه المشكلات؟

3. ما الاختبارات أو العلاجات التي خضع لها طفلك لعلاج هذه المشكلات؟

4. ما المحاولات التي بُذلت (بما في ذلك تناول الأدوية والعقاقير) للمساعدة؟

5. ما الذي يستمتع طفلك بعمله؟

6. ما الذي تود رؤيته يحدث نتيجة لهذه الزيارة؟

7. ما المكان الذي تشعر فيه أن باستطاعتك استخدام أكبر قدر من المساعدة؟



Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Doernbecher Pediatric

CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
التاريخ الطبي للمريض

صفحة 2 من 9

رقم الحساب

رقم السجل الطبي

الاسم

تاريخ الميلاد

هوية المريض

الأدوية الحالية، النظام الغذائي، احتياجات الرعاية الصحية الأخرى

اذكر كل الأدوية (من الطبيب وبدون وصفة طبية والفيتامينات والمكملات الغذائية) التي يتناولها طفلك الآن.
(استخدم المزيد من الأوراق إذا لزم الأمر)

هل خضع الطفل لاختبار الإبصار في العام الماضي؟

☐ نعم ☐ لا نتائج الاختبار: ☐ ناجح ☐ راسب

هل خضع الطفل لاختبار السمع في العام الماضي؟

☐ نعم ☐ لا نتائج الاختبار: ☐ ناجح ☐ راسب

هل أخذ التطعيمات حتى تاريخه؟

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

الحساسية (يرجى ذكرها):

☐ الأدوية ☐ الأطعمة ☐ أخرى ☐ لا شيء معروف منها



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY**
التاريخ الطبي للمريض

صفحة 3 من 9

رقم الحساب

رقم السجل الطبي

الاسم

تاريخ الميلاد

تاريخ الحمل والولادة

لا	نعم	كلا الوالدين كانا يشربان الكحول (اشرح ذلك)
		الوالدان البيولوجيان كانا يتعاطيان المخدرات الترويحية / المخدرات التي تُباع في الشارع: (اشرح ذلك)
		تعرض الوالدان البيولوجيان لضغوط أو صددمات عاطفية أو حوادث جسدية كبيرة
أمراض / مضاعفات أخرى خلال الحمل (اشرح ذلك):		

عمر الوالدين البيولوجيين عند الولادة: _____

كم مرة حملت الأم البيولوجية؟ _____

في أي مرة من مرات الحمل جاء هذا الطفل؟ _____

هل حدثت أي حالات إجهاض أو تخلص إرادي من الحمل؟

☐ نعم ☐ كم مرة؟ _____

☐ لا ☐ لا أعلم

☐ الطفل في دار رعاية أو متبنى والمعلومات عن الفترة المحيطة
بالولادة محدودة

لا	نعم	الولادة
		الطلق الصناعي
		☐ التوليد باستخدام الملقط أو / عن طريق الاستخراج بالتخلية
		التوليد عن طريق جراحة قيصرية
		توائم أو ولادات متعددة
		☐ ولد الطفل مبكرًا؛ ولد قبل موعده بأسابيع: _____ ☐ ولد الطفل متأخرًا؛ ولد بعد موعده بأسابيع: _____
		وزن الطفل عند الولادة: _____ الطول: _____
(اشرح ذلك): مضاعفات أخرى		

لا	نعم	هل كانت الأم البيولوجية تعاني خلال فترة الحمل من أي مما يلي:
		مرض السكري
		ارتفاع ضغط الدم
		مياه المخاض سالت قبل الولادة بمدة تتجاوز 24 ساعة
		الأم البيولوجية كانت تستخدم العقاقير التي تُعطى بوصفة طبية: (اشرح ذلك)
		كانت الأم البيولوجية تدخن السجائر (اشرح ذلك)



Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Doernbecher Pediatric

**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY**
التاريخ الطبي للمريض

صفحة 4 من 9

رقم الحساب

رقم السجل الطبي

الاسم

تاريخ الميلاد

هوية المريض

الجلد	نعم	لا
الأكريميا أو الطفح الجلدي		
مشكلات جلدية أخرى (اشرح ذلك):		
الوحمات (اشرح ذلك):		

القلب والجهاز التنفسي (القلب/الرئتان)	نعم	لا
الربو		
السعال المزمن		
الالتهاب الرئوي		
لَعَط القلب (أو النَّفْخَة القلبية) أو عيب خلقي في القلب		
مشكلات أخرى (اشرح ذلك):		

تاريخ الحمل والولادة (تابع)

بعد الولادة، كان الطفل يعاني من:	نعم	لا
صعوبة كبيرة في التنفس		
العدوى		
اليرقان (الصفراء)		
التغذية عن طريق الحقن في الوريد أو الأنبوب		
النوبات والتشنجات		
استلزم البقاء في وحدة للرعاية المركزة (NICU)		
خرج الطفل إلى المنزل عند عمر ____ يوم/أيام		
مشكلات أخرى: (اشرح ذلك)		

مراجعة الأنظمة (كل الأعمار)

العينان، الأذنان، الأنف، الفم، الحلق	نعم	لا
مشكلات الإبصار أو العينين		
مشكلات في السمع		
أمراض الأذنين الشائعة		
المشكلات في الأسنان		
الاختناق أو التقيؤ أثناء التغذية		
مشكلات أخرى: (اشرح ذلك)		



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY**

التاريخ الطبي للمريض

صفحة 5 من 9 ن

رقم الحساب

رقم السجل الطبي

الاسم

تاريخ الميلاد

هوية المريض

لا	نعم	العضلات والهيكل العظمي
		خلع الورك أو مفصل الورك
		تشوه القدم أو الساق
		الجَنَف أو تشوهات الظهر الأخرى
		مشكلات أخرى (اشرح ذلك):

لا	نعم	الجهاز العصبي
		نوبات الصداغ المتكررة
		التشنجات أو النوبات
		نوبات التحديق
		تشنجات العضلات اللاإرادية، تشنجات لا يمكن السيطرة عليها
		إصابة خطيرة في الرأس أو فقدان للوعي (اشرح ذلك):
		مشكلات أخرى (اشرح ذلك):

لا	نعم	منطقة البطن (المعدة / الأمعاء)
		آلام البطن
		سوء الشهية للطعام
		انتقائية في أكلها
		نوبات القيء
		الإمساك المتكرر
		الإسهال المتكرر
		مشكلات أخرى (اشرح ذلك):

لا	نعم	الأعضاء التناسلية / المسالك البولية
		التبول في الفراش
		أمراض المسالك البولية أو الكليتين
		حوادث التبول أثناء النهار
		بالنسبة للفتيات، هل بدأت الدورة الشهرية
		مشكلات أخرى: (اشرح ذلك):



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY**

التاريخ الطبي للمريض

صفحة 6 من 9

رقم الحساب

رقم السجل الطبي

الاسم

تاريخ الميلاد

هوية المريض

النمو	العمر	لا أعلم
تدحرج		
تمكن من الجلوس دون مساعدة		
تعلم الحبو		
مشى مستقلاً		
تعلم ركوب الدراجة الهوائية ثلاثية العجلات		
تعلم ركوب الدراجة الهوائية ثنائية العجلات		
بدأ المناغاة (إصدار أصوات مثل "بابا" أو "دادا")		
لعب ألعاباً مثل إخفاء الوجه أو التقليد (pat a cake) أو (peek a boo)		
الإشارة لطلب الأغراض		
استخدم كلمات أخرى مثل "ماما" و "دادا"		
استخدم عبارات من كلمتين أو ثلاث كلمات		
استخدم جملاً كاملاً		
تدرب على استخدام المراض خلال النهار		

التخاطب واللغة	نعم	لا	لا أعلم
تأخر الكلام (النطق بالأصوات)			
هل تجد أنت أو غيرك مشكلات في فهم طفلك؟			
هل هناك لغات أخرى يتم التحدث بها في المنزل؟			

النوم	نعم	لا	لا أعلم
الشخير بصوت مرتفع			
صعوبة الخلود للنوم / البقاء نائماً			
مشكلات أخرى (اشرح ذلك):			



CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
التاريخ الطبي للمريض

صفحة 7 من 9

رقم الحساب

رقم السجل الطبي

الاسم

تاريخ الميلاد

هوية المريض

تاريخ العائلة (يرجى إكمال كل حقل وذكر كل أفراد أسرتك، وكذلك - في حالة معرفة ذلك - الطفل بالتبني)

اسم الأم البيولوجية: _____ العمر: _____

هل هناك مشكلات طبية أو مشكلات تتصل بالصحة العقلية أو التعليم أو التعلم؟ ☐ نعم ☐ لا

هل يعيش في دار لرعاية الأطفال؟ ☐ نعم ☐ لا

اسم الأب البيولوجي: _____ العمر: _____

هل هناك مشكلات طبية أو مشكلات تتصل بالصحة العقلية أو التعليم أو التعلم؟ ☐ نعم ☐ لا

هل يعيش في دار لرعاية الأطفال؟ ☐ نعم ☐ لا

أفراد الأسرة المهمون:

الاسم: _____ صلة القرابة بالمريض: _____ العمر: _____

هل يعيش في دار لرعاية الأطفال؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم: _____ صلة القرابة بالمريض: _____ العمر: _____

هل يعيش في دار لرعاية الأطفال؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم: _____ صلة القرابة بالمريض: _____ العمر: _____

هل يعيش في دار لرعاية الأطفال؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم: _____ صلة القرابة بالمريض: _____ العمر: _____

هل يعيش في دار لرعاية الأطفال؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم: _____ صلة القرابة بالمريض: _____ العمر: _____

هل يعيش في دار لرعاية الأطفال؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم: _____ صلة القرابة بالمريض: _____ العمر: _____

هل يعيش في دار لرعاية الأطفال؟ ☐ نعم ☐ لا



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY**
التاريخ الطبي للمريض

صفحة 8 من 9

رقم الحساب

رقم السجل الطبي

الاسم

تاريخ الميلاد

هوية المريض

التاريخ الطبي للأسرة البيولوجية:

التاريخ الاجتماعي

أي مرض خطير أو إصابة خطيرة تعرض لها الطفل أو مقدم الرعاية أو الأشقاء ☐ نعم ☐ لا

التشرد ☐ نعم ☐ لا

انعدام الأمن الغذائي ☐ نعم ☐ لا

الضغوط الأسرية من جراء فقدان العمل أو فقدان الدخل ☐ نعم ☐ لا

عدم الاستقرار المالي ☐ نعم ☐ لا

عدم استقرار وسائل النقل والمواصلات ☐ نعم ☐ لا

☐ هل ستكون مهتمًا بالاتصال بالموارد التي يمكن أن تساعدك فيما يتصل بأي من الأمور التي حددتها أعلاه؟

في بعض الأحيان، يمكن أن يكون للأحداث التي تحدث ضمن الأسرة أو في المنزل أثرها على سلوك الشخص وتعلمه.

☐ حدد هذا الخيار هنا إذا كنت تفضل الإجابة على هذا الجزء من النموذج شخصيًا

يرجى تحديد الخيارات الآتية في حال كان المريض قد عانى من أي مما يلي:

☐ أحد الوالدين يعاني من مشكلات عاطفية أو مرض يتصل بالصحة العقلية

☐ وجود صراع بين الوالدين بشأن حضانة الطفل

☐ وجود مشكلات تمت تسويتها أمام محكمة الأحداث أو النظام القضائي

☐ الحاجة إلى الحصول على الخدمات الاجتماعية / خدمات حماية الطفل

☐ خلافات بشأن حضانة الطفل

☐ وضع الطفل في دار للرعاية البديلة

☐ تعاطي الوالدين للعقاقير المخدرة / الكحول

☐ التعرض للعنف المنزلي / البدني في المنزل



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY**
التاريخ الطبي للمريض

صفحة 9 من 9 ن

رقم الحساب

رقم السجل الطبي

الاسم

تاريخ الميلاد

☐ وفاة أحد الوالدين أو الأشقاء

☐ العلاج على يد أخصائي إرشاد أو أخصائي نفسي أو أخصائي في الطب النفسي

☐ الإهمال

☐ الإيذاء البدني

☐ الاعتداء الجنسي

☐ انفصال الوالدين أو الطلاق

رعاية الطفل والتعليم

☐ هل يرتاد طفلك دارًا للرعاية النهارية أو المدرسة أو الروضة؟ ☐ نعم ☐ لا

اسم المدرسة / البرنامج: _____ السنة الدراسية الحالية: _____

هل الطفل حاليًا، أو هل كان من قبل، في برامج للتدخل المبكر أو التعليم الخاص؟ ☐ نعم ☐ لا

هل يحصل الطفل على أي دعم آخر؟

☐ بشكل إفرادي خطة التعليم ☐ الأسرة منفردة خطة الخدمة ☐ الدعم ضمن الباب الأول ☐ الخطة 504
(البرنامج التعليمي المخصص) (خطة خدمة الأسرة الفردية)

يُرجى تحديد أي سبل دعم يحصل عليها طفلك (إذا كان ذلك معروفًا لك). يرجى تحديد كل ما ينطبق:

☐ مركز للتعليم / غرفة موارد ☐ خطة سلوكية

☐ علاج التخاطب ☐ خطة أو بروتوكل التغذية

☐ العلاج الوظيفي ☐ الباب I، الخطة 504

☐ العلاج الطبيعي ☐ لا أعلم

☐ الصحة / الاستشارة النفسية (لماذا وكم كانت مدة ذلك؟): _____

☐ هل ترى أن طفلك يحتاج إلى مساعدة إضافية لا يحصل عليها في المنزل أو في المدرسة؟ _____

☐ غير ذلك (يرجى التحديد): _____

معلومات إضافية

هل هناك أي شيء آخر تجد أنه من المهم أن نعرفه بخصوص طفلك؟ يُرجى إضافة أوراق إضافية، عند اللزوم.



DOERNBECHER
CHILDREN'S
Hospital

CHILD DEVELOPMENT AND REHABILITATION CENTER

Dear Teacher:

The parent(s)/guardian(s) of one of your students is seeking to have their child evaluated at the Child Development and Rehabilitation Center at Oregon Health & Science University. As part of the evaluation process, we are requesting the following information to assist us with the diagnosis and treatment of your student.

Please use black ink on all forms; make a copy of anything you send, and always keep your originals.

Items to complete:

- ☐ Teacher Vanderbilt Questionnaire (enclosed)
- ☐ Teacher Information Form (enclosed)

Items to provide to parent:

- ☐ Copy of Individualized Education Plan (IEP) or 504 Plan (if applicable)
- ☐ Copy of most recent special education eligibility testing (if applicable)

We ask that you complete the questionnaires and provide us with any other information as soon as possible as we are unable to begin the student's evaluation without it. Your time and cooperation in this matter are greatly appreciated.

You may give the completed questionnaires and other information directly to your student's parent or guardian for them to return to us. If the parent/guardian has signed a release of information, you may return the questionnaire directly to us at:

Oregon Health & Science University
Attention: CDRC
PO Box 574
Portland OR 97207-0574
Fax: 503-494-4447
email: cdrcnorthunit@ohsu.edu



**Institute on Development
and Disability (IDD)**

Child Development and
Rehabilitation Center

BRIEF TEACHER BEHAVIORAL QUESTIONNAIRE

Teacher's name: _____

School Name: _____

School Phone Number: _____

Today's Date: _____

tel 503-346-0640

877-346-0640

fax 503-494-4447

cdrcnorthunit@ohsu.edu

Mail code: CDRC

PO Box 574

Portland, OR 97207-0574

Child's Name: _____ Date of birth: _____

What are this student's biggest strengths as a student and classmate?

Do you have any concerns about the student's behavior? If yes, please briefly describe.

Does the student's behavior interfere with their academics? If yes, please briefly describe.

How does the student interact with his/her peers? (Does his/her behavior get in the way?)

Do you have any other concerns about the student?

What do you think this student needs to be successful in an educational environment?

Does the student receive any extra services at school? (i.e., IEP, 504 plan or other) If yes, please briefly describe.

Has the student had any previous testing done at school? If yes, please briefly summarize or provide copies of the results.

Please feel free to use additional sheets, if necessary.

Child's Name: _____ Date of Birth: _____