



Luke Waites Center for Dyslexia and Learning Disorders

Gracias por su interés en convertirse en paciente del Hospital para niños “Texas Scottish Rite”. El enfoque principal de “Luke Waites Center for Dyslexia and Learning Disorders” es evaluar el aprendizaje de los niños para poder identificar trastornos de aprendizaje, educar a los padres acerca de las necesidades de su niño y brindar apoyo junto con educadores, para proveer un plan de escuela adecuado.

Requisitos para convertirse en paciente del “Luke Waites Center”:

- Debe ser residente de Texas
- Entre las edades de 5 and 14 años
- El niño debe tener dominio del inglés

No podemos proporcionar servicios a niños cuya dificultad de aprendizaje se deben principalmente a:

- Capacidad cognitiva baja
- Problemas de falta de atención
- Problemas emocionales/comportamiento
- Autismo o trastorno generalizado en el desarrollo
- Deficiencia auditiva o visual

Por favor, envíe la solicitud completa y la información requerida por correo a:

**Luke Waites Center
Scottish Rite Hospital
2222 Welborn St.
Dallas, TX 75219-9982**

o, envíe la solicitud completa y la información requeridos por correo electrónico a: **Waites.Center@tsrh.org**.

Siguientes pasos

Todas las solicitudes son revisadas cuidadosamente. Usted recibirá una llamada telefónica o una carta relacionada con la elegibilidad de servicios para su niño. Si su niño cumple con los requisitos antes mencionados y necesita una evaluación para un posible trastorno de aprendizaje académico, se programará una cita y se enviará una notificación por escrito.

¿Necesita ayuda?

Para solicitar ayuda con el proceso de solicitud, por favor, comuníquese con el “Luke Waites Center” al 214-559-7815. Visítenos en línea <https://scottishritehospital.org/becoming-our-patient>, para pedir información adicional.

**Center for Dyslexia
Application for Evaluation**

- 1 Has this child ever been a patient at Texas Scottish Rite Hospital for Children? No Yes MR# _____
¿Ha sido este niño alguna vez paciente del Hospital para Niños "Texas Scottish Rite?" No Sí # de expediente
- 2 Child's name _____
(Nombre del Niño) Last (Apellido) First (Primer Nombre) Middle (Segundo Nombre) Suffix (Jr. Sr. Etc)
 Male (Masculino) Female (Femenino) Age (Edad) _____ Religious preference _____
Preferencia religiosa
- 3 Date of child's birth _____ / _____ / _____
Fecha de nacimiento del niño Mo (Mes) Day (Día) Yr (Año)
- 4 Does this child speak English? No Yes If no, child's primary language _____
¿Habla este niño inglés? No Sí Si no, ¿Cuál es el primer idioma del niño?
- 5 The child's biological/adoptive parents are: Single Married Divorced Widowed Separated
Los padres biológicos/adoptivos del niño son: Solteros Casados Divorciados Viudos Separados
- 6 With whom does the child primarily reside? (¿Principalmente, con quién vive este niño?)
 Father Mother Conservator #1 Conservator #2 Other
Padre Madre Tutor Legal Asignado por la Corte #1 Tutor Legal Asignado por la Corte #2 Otro

Father (Padre):

Name (Nombre) _____ Date of Birth (Fecha de nacimiento) _____

Address (Dirección) _____

City (Ciudad) _____ County (Condado) _____

State (Estado) ZIP (Zona Postal) _____

(_____) _____
Primary phone (Teléfono Principal)

(_____) _____
Secondary phone (Teléfono Secundario)

(_____) _____
Email (Correo Electrónico)

Primary Language (Primer idioma) _____

Employer (Empleador) _____

Mother (Madre):

Name (Nombre) _____ Date of Birth (Fecha de nacimiento) _____

Address (Dirección) _____

City (Ciudad) _____ County (Condado) _____

State (Estado) ZIP (Zona Postal) _____

(_____) _____
Primary phone (Teléfono Principal)

(_____) _____
Secondary phone (Teléfono Secundario)

(_____) _____
E-mail (Correo Electrónico)

Primary Language (Primer idioma) _____

Employer (Empleador) _____



**TEXAS SCOTTISH RITE HOSPITAL
FOR CHILDREN**
2222 WELBORN STREET
DALLAS, TX 75219

**Center for Dyslexia
Application for Evaluation**

7 If there has been a court decision creating or affecting the legal custody (conservatorship) of the child, please provide a copy of the court order and complete the following: *(Si ha habido alguna decisión de la corte que haya creado o afectado la custodia legal (custodia legal asignada por la corte) del niño, por favor, proporcione una copia de la orden de la corte y complete lo siguiente)*

State and County of Court (Estado y Condado de la Corte) Date (Fecha) Case Number (Número del Caso)

Conservator #1 (Tutor Legal Asignado por la Corte #1)

Sole Joint Possessory
Total Asignada Compartida Asignada Posesión Total

Name (Nombre) Date of Birth (Fecha de nacimiento)

Relationship to Child (Relación con el niño)

Address (Dirección)

City (Ciudad) County (Condado)

State (Estado) ZIP (Zona Postal)

(_____) _____
Primary phone (Teléfono Principal)

(_____) _____
Secondary phone (Teléfono Secundario)

Email (Correo Electrónico)

Primary Language (Primer idioma)

Employer (Empleador)

Conservator #2 (Tutor Legal Asignado por la Corte #2)

Sole Joint Possessory
Total Asignada Compartida Asignada Posesión Total

Name (Nombre) Date of Birth (Fecha de nacimiento)

Relationship to Child (Relación con el niño)

Address (Dirección)

City (Ciudad) County (Condado)

State (Estado) ZIP (Zona Postal)

(_____) _____
Primary phone (Teléfono Principal)

(_____) _____
Secondary phone (Teléfono Secundario)

Email (Correo Electrónico)

Primary Language (Primer idioma)

Employer (Empleador)

8 For the purpose of coordinating appointments and records, please list any children in your immediate family who are, or have been, patients of Texas Scottish Rite Hospital for Children. *(Con el propósito de coordinar citas y expedientes, por favor, escriba el nombre de cualquier niño en su familia inmediata, quien sea o haya sido paciente del Hospital para Niños "Texas Scottish Rite")*

Name _____ Date of birth ____/____/____ MR # _____
Nombre Fecha de nacimiento # de expediente



**TEXAS SCOTTISH RITE HOSPITAL
FOR CHILDREN**
2222 WELBORN STREET
DALLAS, TX 75219

**Center for Dyslexia
Application for Evaluation**

**AGREEMENT AND ACKNOWLEDGMENT OF PARENT(S) OR CONSERVATOR(S)
ACUERDO Y RECONOCIMIENTO DE PADRE O TUTOR(ES) LEGAL(ES) ASIGNADOS POR LA CORTE**

- 9 Texas Scottish Rite Hospital for Children (TSRHC) does not discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, disability, or age in admission, treatment or participation in its programs, services and activities, or in employment. For further information about this policy, please contact:

Provider Name: Texas Scottish Rite Hospital for Children (TSRHC)
Contact Person / Section 504 Coordinator: Administrator
Telephone number: (214) 559-7602, TDD or State Relay number: 1-800-735-2989

El Hospital para Niños "Texas Scottish Rite" (TSRHC, siglas en inglés) no discrimina contra ninguna persona en base de raza, color, origen nacional, incapacidad o por la edad en admisión, tratamiento o participación en sus programas, servicios y actividades, o en su empleo. Para información adicional acerca de esta información, por favor, comuníquese con:

*Nombre del Proveedor: Hospital para Niños "Texas Scottish Rite" (TSRHC)
Persona de Contacto/Coordinador de la Sección 504: Administrador,
Número de Teléfono: (214) 559-7602, Niños de Aparato de Telecomunicación para personas con Deficiencia de, Audición (TDD, siglas en inglés) o el número para transmitir del estado: 1-800-735-2989*

- 10 By signing below, I or we, hereby certify that as natural or adoptive parent(s) and/or conservator(s), I am/we are legally authorized to consent to medical care of the child herein named. I agree to notify the Hospital in the event that there is a change in the above mentioned relationship.

Firmando a continuación, yo, o nosotros, certificamos que como padre(s) natural(es) o adoptivo(s) y/o tutor(es) legal(es) asignado(s) por la corte, estoy (estamos) legalmente autorizado(s) para dar consentimiento para atención médica para el niño aquí mencionado. Estoy de acuerdo en notificar al Hospital en el evento de que haya un cambio en la relación mencionada anteriormente.

MOTHER'S SIGNATURE (FIRMA DE LA MADRE)

DATE (FECHA)

FATHER'S SIGNATURE (FIRMA DEL PADRE)

DATE (FECHA)

Or Conservator's Signature (if appropriate)
O Firma del Tutor Legal Asignado por la Corte (si es apropiado)

DATE (FECHA)

- 11 Optional recommendation by a Texas Master Mason (Recomendación de un Venerable Maestro Masón de Texas)

Signature (Firma) Please Print Name (Nombre en letra de molde)

Lodge Number (Número de Logia)



TEXAS SCOTTISH RITE HOSPITAL FOR CHILDREN

2222 WELBORN STREET
DALLAS, TX 75219

**Centro de Dislexia
Solicitud de evaluación**

PHYSICIAN INFORMATION FOR LEARNING DISORDER EVALUATION

Información del médico para evaluación por trastorno aprendizaje

Physician information is required; however, physician signature and referral are optional. Please include the physician's name, address, phone number and email address.

La información del médico es requerida; sin embargo, la firma del médico y la remisión son opcionales. Favor de incluir el nombre del médico, dirección, número de teléfono y correo electrónico.

PHYSICIAN'S NAME _____

Nombre del médico Print or Type (*Escriba en letra de molde o a máquina*)

PHYSICIAN'S ADDRESS _____

Dirección del médico Street (*Calle*) Suite # (*Número de oficina*)

City (*Ciudad*) State (*Estado*) County (*Condado*) ZIP (*Código postal*)

PHONE () _____

Teléfono

E-MAIL _____

(Correo electrónico)

PHYSICIAN'S SIGNATURE (optional) _____

Firma del médico (*Opcional*)

DATE _____

(Fecha)

PURPOSE OF REFERRAL:

Propósito de Remisión:

DESCRIBE LEARNING PROBLEM(S):

Describe el(los) problema(s) de aprendizaje:

TEXAS SCOTTISH RITE HOSPITAL FOR CHILDREN

2222 WELBORN STREET
DALLAS, TX 75219

**Centro de Dislexia
Solicitud de evaluación**

INFORMACIÓN ESCOLAR REQUERIDA

Nos complace que usted esté considerando los servicios del “Luke Waites Center for Dyslexia and Learning Disorders”. Para poder procesar su solicitud, por favor, envíe **TODA** la información requerida a continuación:

- _____ 1. Información de la solicitud de la remisión del paciente
- _____ 2. Lista académica – Formulario del maestro (Kindergarten o grados del 1-9)
 - Sólo es necesario el formulario que aplique al grado escolar actual del niño.
 - Existe una lista académica específicamente para el kindergarten y una designada para los grados 1-9.
 - Estos formularios son incluidos al final del paquete de solicitud.
- _____ 3. Información requerida relacionada con la escuela (vea página 6)
- _____ 4. Copias de los documentos de custodia, si es que aplica.

Si su niño *no asiste a una escuela pública tradicional o privada*, le enviaremos los documentos suplementarios de educación en el hogar para que los complete como parte del proceso de la solicitud.

Si su niño *asiste a una escuela pública tradicional o privada*, a continuación, encontrará una lista de información que tal vez, su niño ya tenga. **Pídale al consejero de su niño u otro personal de la escuela que le ayude con la información.**

Aptitud de lectura y exámenes de monitoreo de progreso

- TPRI (*Texas Primary Reading Inventory*)
(*Inventario de lectura primaria en Texas*)
- ISIP (*Station Indicators of Progress*)
(*Indicadores de progreso “Station”*)
- DIBELS (*Dynamic Indicators of Basic Early Literacy Skills*)
(*Indicadores dinámicos de habilidades básicas de alfabetización inicial*)
- AIMSweb
- DRA (*Developmental Reading Assessment*)
(*Evaluación del desarrollo de la lectura*)
- MAP (*Measures of Academic Progress*)
(*Medidas del progreso académico*)

Exámenes administrados en grupo

- ITBS (*Iowa Test of Basic Skills*)
(*Examen de Habilidades Básicas “Iowa”*)
- CogAT (*Cognitive Abilities Test*) (*Exámen de habilidades cognitivas*)
- SAT (*Stanford Achievement Test*)
(*Examen de Aptitud Académica “Stanford”*)
- TAKS (*Texas Assessment of Knowledge and Skills*)
(*Evaluación de Texas de Conocimiento y Habilidades*)
- MAT (*Metropolitan Achievement Test*) (*Examen del rendimiento académico metropolitano*)
- STAAR (*State of Texas Assessments of Academic Readiness*) (*Evaluaciones de la Aptitud Académica del Estado de Texas*)
- ISEE (*Independent School Entrance Exam*)
(*Examen de Entrada a Escuela Independiente*)

Evaluaciones de escuela pública o privada

- FIE (Full and Individual Evaluation) including test
(*Evaluación completa e individual*) incluyendo el examen
- ARD (Admission, Review and Dismissal) documentation
(*Documentación de (Admisión, Revisión y Retiro)*)
- Speech–Language Evaluation
(*Evaluación de habla-lenguaje*)
- Psychological or Psycho–educational Evaluation
(*Evaluación psico-educacional o psicológica*)
- Dyslexia Screening/Assessment
(*Evaluación/Detección de Dislexia*)

Evaluación del dominio del idioma

- TELPAS (*Texas English Language Proficiency Assessment System*) (*Sistema de Evaluación del Dominio del idioma inglés en Texas*)
- WMLS (*Woodcock–Munoz Language Survey*)
(*Encuesta de Lenguaje “Woodcock-Muñoz”*)
- Tejas Lee OLPT (*Oral Language Proficiency Test*)
(*Examen del Dominio del Lenguaje Oral*)

Planes educacionales

- Section 504 Plan (*Plan de sección 504*)
- Student Success Team Intervention Plan (*Plan de Intervención del Equipo de Estudiantes Exitosos*)
- Individualized Education Plan (IEP)
(*Plan educativo individualizado*)

NO PODREMOS PROCESAR LA SOLICITUD DE SU NIÑO HASTA QUE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA HAYA SIDO RECIBIDA.

TEXAS SCOTTISH RITE HOSPITAL FOR CHILDREN

2222 WELBORN STREET
DALLAS, TX 75219

**Centro de Dislexia
Solicitud de evaluación**

Nombre de la escuela del niño: _____ Distrito escolar: _____

Tipo de Escuela: Pública Charter Pública Privada *Educación en el hogar Modelo Universitario Virtual/en línea

*Si su niño participa en educación en el hogar, le enviaremos documentos complementarios de educación en el hogar para ser completados.

Grado: _____ ¿Ha repetido algún grado su niño? Sí No Si es sí, ¿cuál grado? _____

Si su niño fue adoptado, ¿qué edad tenía su niño al adoptarlo? _____

Si la adopción fue internacional, ¿dónde nació su niño? _____

1) ¿Su niño sabe y habla el inglés? Sí No

2) Si su niño habla más de un idioma, ¿a qué edad él/ella comenzó a aprender el inglés? _____

3) Si su niño habla más de un idioma, ¿cuál es el nivel actual del dominio del idioma inglés de él/ella basado en exámenes escolares? Principiante Intermedio Avanzado Avanzado alto No sé

4) ¿Qué idioma se habla principalmente en el hogar? _____

5) **SELECCIONE UNA:**

Mi niño necesita ser evaluado. No ha habido ninguna evaluación individual educacional o psicológica en la escuela ni fuera de la escuela.

Mi niño **ha sido** evaluado y **está** recibiendo ayuda especial en la escuela. Necesito saber si los servicios especiales son apropiados para las necesidades de mi niño.

Mi niño **ha sido** evaluado, pero **no** recibe ayuda especial en la escuela. Me gustaría obtener una segunda opinión.

Mi niño está siendo considerado para un programa de dislexia y necesita una evaluación.

Mi niño ha sido reconocido con dislexia y está participando en un programa de dislexia. Yo necesito un diagnóstico en específico de dislexia.

6) ¿Existe un plan para que su niño sea evaluado en la escuela o doctor particular? Sí No

Si es sí, ¿Cuándo? _____ ¿Por qué razón? _____

7) **¿Qué es lo que le preocupa?** Marque todas las que apliquen.

El razonamiento, discernimiento

El deletreo

El habla/articulación

La escritura manual

El entendimiento y expresión del idioma hablado

La escritura de oraciones

La fonética/aprendizaje del sonido de las letras

La escritura de narraciones

La lectura de palabras visuales

El aprendizaje de números

La fluidez de la lectura

La aplicación de las matemáticas

La comprensión de la lectura

La distracción

Discute

La concentración

Se mete en problemas

El enfoque

Rabietas/berrinches extremos o crisis emocionales

La hiperactividad

La tristeza

Las habilidades sociales

La preocupación

Las burlas

La irritabilidad/estado de animo

El trastorno del espectro autista/"PDD"

Declaraciones y pensamientos de suicidio

La visión: explique _____

La audición: explique _____

8) **¿Cuál** de las anteriores es la que más le preocupa? _____

TEXAS SCOTTISH RITE HOSPITAL FOR CHILDREN

2222 WELBORN STREET
DALLAS, TX 75219

**Centro de Dislexia
Solicitud de evaluación**

9) Marque **todos** los servicios o programas que su niño **está recibiendo** o que **ha recibido** en el pasado. (Si usted no está muy seguro, quizás necesite pedirle ayuda a la maestra de su niño.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia del habla | <input type="checkbox"/> Educación especial |
| <input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje oral | <input type="checkbox"/> Inglés como segundo lenguaje "ESL" |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Educación bilingüe |
| <input type="checkbox"/> Tutoría | <input type="checkbox"/> Inmersión en español |
| <input type="checkbox"/> RTI (Respuesta a la intervención) | <input type="checkbox"/> Programa dual de lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Clase de dislexia | <input type="checkbox"/> ECI (estimulación temprana) |
| <input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje académico | <input type="checkbox"/> PPCD (Programa pre-escolar para niños con discapacidades) |
| <input type="checkbox"/> Plan de Sección 504 | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

10) ¿Ha sido su niño evaluado para alguna de las siguientes? (marque todas las que apliquen)

- Elegibilidad para educación especial Dislexia Instrucción especializada de escuela privada o plan de adaptación

Si es sí, ¿cuándo? _____

11) ¿En qué área está recibiendo servicio su niño a través de la educación especial?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidades del habla (SI) | <input type="checkbox"/> Trastorno emocional (ED) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad específica de aprendizaje (SLD) | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad de salud (OHI) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (ID) | <input type="checkbox"/> No aplica |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de audición (AI) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Visual (VI) | |

12) ¿Tiene su niño antecedente de retraso en el desarrollo del habla y del lenguaje? Sí No

Si es sí, por favor, describa _____

13) ¿Qué diagnóstico de salud mental tiene su niño? _____
 Ninguno

14) ¿Ha visto su niño a un neurólogo? Sí No Nombre: _____
Si es sí, ¿por qué? _____

15) ¿Ha visto su niño a un psiquiatra? Sí No Nombre: _____
Si es sí, ¿por qué? _____

16) ¿Ha visto su niño a un consejero privado? Sí No Nombre: _____
Si es sí, ¿por qué? _____

17) ¿Ha visto su niño a un médico por cualquiera de las siguientes razones? Sí No
 Problema de atención Comportamiento negativo Ansiedad Depresión
Si es sí, ¿por qué? _____

18) ¿Ha tomado su niño medicamento para ayudarle con lo siguiente? Sí No
 Problema de atención Comportamiento negativo Ansiedad Depresión
Si es sí, ¿qué medicamento(s)? _____

¿Cuándo fue la primera vez que su niño tomó el medicamento? Mes: _____ Año: _____

¿Su niño continúa tomando este medicamento? Sí No

Center for Dyslexia
Application for Evaluation

WHAT MEDICAL DIAGNOSIS DOES YOUR CHILD HAVE?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD/ADD (<i>ADHD/ADD</i>) | <input type="checkbox"/> History of Meningitis (<i>Historial de Meningitis</i>) |
| <input type="checkbox"/> Allergies (<i>Alergias</i>) | <input type="checkbox"/> History of Stroke (<i>Historial de Embolia</i>) |
| <input type="checkbox"/> Angelman Syndrome (<i>Sindrome de Angelman</i>) | <input type="checkbox"/> HIV (<i>VIH</i>) |
| <input type="checkbox"/> Anxiety Disorder (<i>Transtorno de Ansiedad</i>) | <input type="checkbox"/> Hospitalization for Near Drowning (<i>Hospitalización por Ahogamiento</i>) |
| <input type="checkbox"/> Asperger's Syndrome (<i>Sindrome de Asperger</i>) | <input type="checkbox"/> Hypothyroidism, Congenital (<i>Hipotiroidismo congénito</i>) |
| <input type="checkbox"/> Asthma (<i>Asma</i>) | <input type="checkbox"/> Intellectual Disability (<i>Discapacidad Intelectual</i>) |
| <input type="checkbox"/> Attachment Disorder (<i>Transtorno de Apego</i>) | <input type="checkbox"/> Klinefelter's Syndrome (<i>Sindrome de Klinefelter</i>) |
| <input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorder (<i>Autismo</i>) | <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy (<i>Muscular Distrofia</i>) |
| <input type="checkbox"/> Bipolar Disorder (<i>Transtorno Bipolar</i>) | <input type="checkbox"/> Neurofibromatosis (<i>Neurofibromatosis</i>) |
| <input type="checkbox"/> Blindness (<i>Ceguera</i>) | <input type="checkbox"/> Obsessive Compulsive Disorder (<i>Transtorno Compulsivo Obsesivo</i>) |
| <input type="checkbox"/> Bone Problems (<i>Problemas óseos</i>) | <input type="checkbox"/> Oppositional Defiant Disorder (<i>Transtorno de Oposición Desafiante</i>) |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy (<i>Parálisis Cerebral</i>) | <input type="checkbox"/> Pervasive Developmental Disorder (<i>Transtorno Generalizado del Desarrollo</i>) |
| <input type="checkbox"/> Cleft Palate/Cleft Lip (<i>Paladar Hendido/Labio Leporino</i>) | <input type="checkbox"/> Phenylketonuria (<i>Fenilcetonuria</i>) |
| <input type="checkbox"/> Conduct Disorder (<i>Transtorno de Conducta</i>) | <input type="checkbox"/> Prader Willi Syndrome (<i>Sindrome de Prader Willi</i>) |
| <input type="checkbox"/> Congenital Heart Surgery (<i>Cirugía Cardíaca Congénita</i>) | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder (<i>Trastornos Convulsivos</i>) |
| <input type="checkbox"/> Deafness (<i>Sordera</i>) | <input type="checkbox"/> Selective Mutism (<i>Mutismo Selectivo</i>) |
| <input type="checkbox"/> Depression (<i>Depresión</i>) | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia (<i>Anemia Perniciosa</i>) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (<i>Diabetes</i>) | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Trait (<i>Características de Anemia</i>) |
| <input type="checkbox"/> Diagnosed Concussion (<i>Concusión</i>) | <input type="checkbox"/> Spina Bifida (<i>Espina Bífida</i>) |
| <input type="checkbox"/> Diagnosed Traumatic Brain Injury (<i>Lesion Cerebral Traumática</i>) | <input type="checkbox"/> Thyroid Disorder (<i>Transtorno de la Tiroides</i>) |
| <input type="checkbox"/> Down Syndrome (<i>Sindrome de Down</i>) | <input type="checkbox"/> Tic Disorder (<i>Trastornos de Movimientos Involuntarios</i>) |
| <input type="checkbox"/> Dwarfism (<i>Enanismo</i>) | <input type="checkbox"/> Tourette Syndrome (<i>Sindrome de Tourette</i>) |
| <input type="checkbox"/> Encopresis (<i>Encopresis</i>) | <input type="checkbox"/> Tuberous Sclerosis (<i>Esclerosis Tuberosa</i>) |
| <input type="checkbox"/> Enuresis (<i>Enuresis</i>) | <input type="checkbox"/> Turner's Syndrome (<i>Sindrome de Turner</i>) |
| <input type="checkbox"/> Fetal Alcohol Syndrome (<i>Sindrome de Alcohol Fetal</i>) | <input type="checkbox"/> William's Syndrome (<i>Sindrome de William</i>) |
| <input type="checkbox"/> Fragile X (<i>X Frágil</i>) | <input type="checkbox"/> Other (<i>Otro</i>): _____ |
| <input type="checkbox"/> Galactosemia (<i>Galactosemia</i>) | <input type="checkbox"/> None (<i>Ninguna</i>) |
| <input type="checkbox"/> History of Cancer (<i>Historial de Cáncer</i>) | |



LUKE WAITES CENTER FOR DYSLEXIA AND LEARNING DISORDERS
KINDERGARTEN ACADEMIC CHECKLIST – TEACHER FORM

(Teacher should only complete this form if your child has not yet entered 1st grade.)

Child's Name: _____

Date: _____

Teacher's Name: _____

Years You Have Taught: _____

School Name: _____

School District: _____

How long have you taught this child? _____

Does this child attend a Full Day or Half Day Program? _____ Number of days per week? _____

What methods / curricula have you used to teach this child to address specific pre-academic skills as noted below for reading and math? _____

ORAL LANGUAGE		
Skill		Rate Child's Ability
		1 – Able
		2 – Able but Inconsistent
		3 – Emerging
		4 – Unable
Follows a sequence of oral directions		
Uses a variety of words to label and describe		
Makes inferences		
Asks appropriate questions to clarify information		
Asks and responds to questions about stories		
Retells the important events of a short story		
Speaks clearly and to the point		
Participates in class discussions		
Uses appropriate language to interact with peers		

Any additional comments about child's language development:

PHONOLOGICAL AWARENESS		
Skill	Child's Instructional Exposure / Practice with this skill (number of months)	Rate Child's Ability 1 – Able 2 – Able but Inconsistent 3 – Emerging 4 – Unable
Produces rhyme		
Identifies syllables in spoken words		
Isolates the initial sound in a one-syllable word		
Blends spoken sounds to form a one-syllable word		
Segments sounds in words with two to three phonemes		

PRINT AWARENESS		
Skill	Child's Instructional Exposure/ Practice with this skill (number of months)	Rate Child's Ability 1 – Able 2 – Able but Inconsistent 3 – Emerging 4 – Unable
Identifies upper- and lower- letters		
Recognizes that sentences consist of words separated by spaces		

BEGINNING READING		
Skill	Child's Instructional Exposure/ Practice with this skill (number of months)	Rate Child's Ability 1 – Able 2 – Able but Inconsistent 3 – Emerging 4 – Unable
Identifies the common sounds that letters represent		
Uses knowledge of letter-sound relationships to decode regular words (VC, CVC, CCVC, CVCC)		
Recognizes that new words are created when letters are changed, added, or deleted		
Identifies at least 25 high-frequency words		
Identifies elements of a story, including setting, character, and key events		

Any additional comments about child's reading skills:

HANDWRITING / SPELLING		
Skill	Child's Instructional Exposure / Practice with this skill (number of months)	Rate Child's Ability 1 – Able 2 – Able but Inconsistent 3 – Emerging 4 – Unable
Writes own name		
Forms upper- and lower- case letters legibly		
Matches sounds to letters to spell CVC words		

MATH		
Skill	Child's Instructional Exposure / Practice with this skill (number of months)	Rate Child's Ability 1 – Able 2 – Able but Inconsistent 3 – Emerging 4 – Unable
Uses logical reasoning		
Uses language such as <i>before</i> or <i>after</i> to describe sequence		
Names positions using <i>first, second, third...</i>		
Uses language to describe positions: <i>over, under, above, below...</i>		
Sequences up to three events		
Describes, compares, and sorts objects by attributes		
Reads a calendar using days, weeks, and months		
Compares by length, capacity, and weight		
Uses number symbols through 20		
Adds and subtracts using concrete objects		
Identifies, extends, and creates patterns		
Counts by ones to 100		
Uses information from a graph of real objects or pictures		

Any additional comments about child's math skills:

Other thoughts or comments you would like to share:

ACADEMIC CHECKLIST for GRADES 1 – 9 – TEACHER FORM

Student's name: _____ Date completed: _____
 Completed by: _____ Subject Taught: _____
 How long you have taught this student: _____

Rate how often this child has (or had) each of the following problems. <i>If the child has not been taught a specific skill, please leave the item blank.</i>		
	Rarely	Often
Trouble producing specific speech sounds.		
Trouble saying words with difficult speech patterns (conditioner).		
Confuses similar sounding words ("specific" for "Pacific").		
Frequent slips of the tongue ("bitter-batter" for "pitter-patter").		
Uses incorrect verb tense when speaking (Today, Billy go to the doctor).		
Uses incorrect forms of irregular verbs when speaking (I knowed him).		
Confuses multiple meaning words (slip, brush, trunk)		
Says sentences with words in the wrong order.		
Sentences do not sound like other children his/her age.		
Trouble understanding questions or spoken directions.		
Responds to only part of multiple-step instructions.		
Asks me to repeat questions or spoken directions.		
Trouble finding the right word to say.		
Speech is hesitant, filled with pauses or fillers ("um," "you know").		
Frequently uses words that are have little meaning ("stuff", "thing").		
Talks a lot but gives little information.		
Difficulty looking at the person he/she is talking to.		
Trouble keeping up a conversation with friends.		
Uses negative behaviors (hitting) instead of words to solve problems.		
Trouble getting to the point when talking.		
Trouble telling about a movie he/she just saw.		
Difficulty telling about a recent experience.		
Uses slang incorrectly.		
Trouble understanding common expressions.		
Difficulty understanding jokes.		
Trouble understanding sarcastic comments.		
Needs a lot of repetition to learn new concepts.		
<i>Please complete the remaining questions on the next page of this form.</i>		

ACADEMIC CHECKLIST for GRADES 1 – 9 – TEACHER FORM

Rate how often this child has (or had) each of the following problems. <i>If the child has not been taught a specific skill, please leave the item blank.</i>		
	Rarely	Often
Problems learning letter names or letter sounds.		
Trouble sounding-out words.		
Mispronounces words when reading stories or text.		
Substitutes similar words when reading stories or text.		
Omits or adds words when reading stories or text.		
Repeats words or phrases when reading stories or text.		
Reading is hesitant, choppy, or “uneven” when reading stories or text.		
Reads slowly.		
Trouble understanding details, main ideas when he/she reads.		
Trouble recognizing cause/effect, conclusions, predictions when reading.		
Trouble drawing shapes.		
Appears to “draw” the letters when writing.		
Handwriting is slow and/or labored.		
Can memorize for spelling tests, but cannot remember words one week later.		
Spells words the way they sound (“thay” for they, “vacayshun” for vacation).		
Spelling is very difficult to read or “make out” (“thsxn” for vacation).		
Uses incorrect grammar in written work.		
Written sentences do not make sense.		
Trouble preparing an organized written report or story.		
Trouble with counting and sequencing numbers.		
Problems learning names of the numbers.		
Difficulty learning meanings of words used for math.		
Trouble learning math symbols (+, -, etc).		
Trouble learning addition or subtraction math facts.		
Difficulty learning to carry and borrow.		
Trouble learning multiplication math facts.		
Trouble completing timed math activities (mad minutes, etc).		
Trouble solving math word problems.		
Difficulty solving problems involving time.		
Trouble solving multiple-step word problems.		
Difficulty with math involving fractions or decimals.		
Trouble with algebra, geometry, or other higher level math.		