

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 | 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 Especifica 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.