



CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN INDIVIDUAL/EVALUACIÓN
POR LOS PADRES PARA TALENTOSOS Y DOTADOS

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento
Escuela	Maestra (o) Grado Actual
Nombre del Padre o Tutor Legal	
Correo Electrónico	Número de Teléfono
¿Su hijo(a) ha sido recomendado anteriormente para el Programa de GT en LEISD? Si No ¿En qué grado? _____	
Servicios Especiales: Servicios de Educación Especial 504 ESL Otro:	
¿Su estudiante necesita ser evaluado en español? Si No No estoy seguro (a)	

Favor de leer cuidadosamente cada oración y marcar con una X en el cuadro que describe mejor a su hijo(a).

EL ESTUDIANTE.....	NO	MUY POCO	MUCHO	EL ESTUDIANTE.....	NO	MUY POCO	MUCHO
Comenzó hablar y/o leer antes que otros niños(as) de su edad				Tiene un hobby o colecciones en los cuales se enfoca por largos períodos de tiempo			
Es curioso (a) y hace muchas preguntas.				Le gusta hacer las cosas a su propia manera			
Se entretiene con juguetes, juegos y/o tecnología para niños mayores de su edad.				Lee mucho y mayormente libros por arriba de su nivel de grado			
Aprende rápidamente y retiene información fácilmente.				Le gusta resolver las cosas por sí mismo (a).			
Tiene una imaginación vívida/ crea historias detalladas.				Tiene muchos intereses diferentes.			
Tiene vocabulario extensivo.				Es gracioso y hace reír a las personas.			
Inventa nuevos juegos, juguetes y/o aparatos.				Prefiere convivir con niños mayores de su edad o con adultos.			
Es perfeccionista y puede tener dificultades al completar una tarea.				Compone canciones originales/ música, crea arte y/o tecnología.			

Autorizo que mi hijo(a) sea evaluado(a) individualmente para determinar si es elegible al programa de talentosos y dotados. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento.

No autorizo a que mi hijo(a) sea evaluado(a) para determinar si es elegible al programa de talentosos y dotados.

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha