

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL  
**SAEE-03 Referido a evaluación o terapia**

Nombre del estudiante: Luis Hernández # SIE: 20235252  
Discapacidad: Problemas Específicos de Aprendizaje Fecha PEI: 17 May 2023  
Fecha Nac. 31 Jul 2016 Edad 8.09 # PEI: 202410000

**Evaluación**

☐ Inicial ☒ Trianual 25 Sep 2024  
Fecha última elegibilidad  
☐ Adicional  
☐ Psicológica ☒ Habla y lenguaje  
☐ Ocupacional ☐ Física  
☐ Otra \_\_\_\_\_

**Terapia**

Frecuencia \_\_\_\_\_  
Modalidad \_\_\_\_\_  
Duración \_\_\_\_\_  
☐ Psicológica ☐ Habla y lenguaje  
☐ Ocupacional ☐ Física  
☐ Otra \_\_\_\_\_

Fecha de referido: 07 May 2024 Oficina Regional Educativa de: San Juan  
Municipio de residencia San Juan Escuela Colegio Católico San Juan  
Nombre del padre Angel Hernández Email escuela [ColegioSJ@SJ.com](mailto:ColegioSJ@SJ.com)  
Teléfonos 787-549-3652 Teléfono escuela 787-720-1414  
Dirección postal Urbanizacion Santa Juana calle 9 SJ, PR 006911  
Email de los padres [ahernandez@gmail.com](mailto:ahernandez@gmail.com) ☐ Autorizo a que se me cite vía email

Razón del referido:

Se completa referido para auscultar problemas en el área

Persona que realiza el referido \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Le notificamos que el DEPR propone iniciar el servicio descrito. Solicitamos su autorización para proceder con el servicio.*

Firma del padre, madre o encargado \_\_\_\_\_

**Para uso oficial solamente**

<b>Cita 1</b> Fecha de cita <u>06/29/2024</u> Corporación <u>San Juan Habla</u> Lugar <u>Centro Pediátrico SJ</u> Hora <u>2:00 PM</u> Forma de notificada la cita ___ personal ___ teléfono ___ email ___ correo	<b>Cita 2</b> Fecha de cita _____ Corporación _____ Lugar _____ Hora _____ Forma de notificada la cita ___ personal ___ teléfono ___ email ___ correo	<b>Cita 3</b> Fecha de cita _____ Corporación _____ Lugar _____ Hora _____ Forma de notificada la cita ___ personal ___ teléfono ___ email ___ correo
--	---	---