|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE DESERT/MOUNTAIN**  **PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL AUTÓNOMA DE DESERT/MOUNTAIN**  17800 HIGHWAY 18 • APPLE VALLEY, CA 92307  (760) 552-6700 • (760) 242-5363 FAX  **Resumen de rúbrica SCIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del estudiante: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | FDN: | |  | | | | | | | | | | Edad: | |  | | |
| Discapacidad: | | | | | |  | | | | | | | | | | | Grado: | |  | | | | | Género: | | | Masculino | | | | | Femenino | | | |
| Plantel escolar: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Programa/ubicación: | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Padre/tutor: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono de contacto: | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INSTRUCCIONES:** Por favor, marque las casillas que mejor describen los apoyos del programa respecto a salud /cuidado personal, comportamiento, instrucción para el estudiante. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **SALUD/CUIDADO PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Plan de salud especializado | | | | | | | | | Sonda gástrica | | | | | | Medicamentos | | | | | | | Succión | | | | | | Preparación de alimentos | | | | | | |
|  | Cambio de pañal | | | | | | | | | Apoyo completo para la alimentación | | | | | | Convulsiones semanales | | | | | | | Levantarlo / Transferencias | | | | | | | | | | | | |
|  | Otro: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **COMPORTAMIENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Plan de comportamiento en marcha | | | | | | | | | | | | Agresivo físicamente cada semana | | | | | | | Incumple en clase | | | | | | | | | Incumple en la escuela | | | | | | |
|  | huye semanalmente | | | | | | | | | | | | Medicado *ADHD* | | | | | | | Paciente de salud mental | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | Otro: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **INSTRUCCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Prueba discreta/*ABA* | | | | | | | | | Avisos físicos 80 % + | | | | | | Avisos verbales 80% + | | | | | | | | | | | | | Enseñanza estructurada | | | | | | |
|  | Tecnología de asistencia | | | | | | | | | *PECS* | | | | | | Lenguaje de señas 80% + | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | Otro: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **INCLUSIÓN / INTEGRACIÓN EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN REGULAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Instrucción directa con adultos | | | | | | | | | | | Apoyo físico/posicionamiento | | | | Supervisión segura 80% + | | | | | | | | | | Supervisión visual cercana 80% + | | | | | | | | | |
|  | Otro: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | |  | | |  |  | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |
| Describa cada área de necesidad intensiva marcada anteriormente e indique si hay una meta IEP/objetivo escrito para manejar el área. Use hojas adicionales si es necesario para describir todas las necesidades. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Describa las intervenciones utilizadas para apoyar al estudiante mencionado en cada una de las áreas marcadas arriba. Proporcione datos que documenten el éxito o el fracaso anterior de intervenciones y adjunte. Se necesita la descripción de la jornada escolar y de la asistencia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |