|  |
| --- |
| **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**Evaluación observacional para SCIA** |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** |
| Nombre del estudiante: |       | FDN: |       | Edad: |       |
| Discapacidad: |       | Grado: |       | Género: | [ ]  Masculino  | [ ]  Femenino |
| Plantel escolar: |       | Programa/ubicación: |       |
| Maestro educación general: |       | Teléfono de contacto: |       |
| Maestro educación especial: |       | Teléfono de contacto: |       |
| administrador de caso/coordinador *SCIA*: |       | Teléfono de contacto: |       |
|  |
| **Ambiente de observación:** |       | **Observado por: (Nombre/título)** |       |
| 1. **Salón de clase: Por favor, revise la estructura visual y física del salón de clase, el diseño curricular, la recolección de datos, y la planificación.**
 |
| 1. ¿El horario de clase del estudiante/salón de clase está publicado a la vista? [ ]  Sí [ ]  No
 |
|  |  |
| 1. ¿La transición entre las actividades es rápida y sin problemas? [ ]  Sí [ ]  No *(Explique)*
 |
|  |
| 1. ¿El salón de clase está organizado con las áreas de trabajo definidas y los materiales fácilmente disponibles para la enseñanza? [ ]  Sí [ ]  No *(Describa)*
 |
|  |
| 1. ¿Los estudiantes siguen los procedimientos y rutinas establecidos en el salón de clase? [ ]  Sí [ ]  No *(Describa)*
 |
|  |
| 1. Indique el nivel de recordatorio necesario para que el estudiante siga el horario:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Independiente | [ ]  Recordatorio físico | [ ]  Recordatorio indirecto verbal o gestual |
| [ ]  Recordatorio verbal directo | [ ]  Otro: |       |
|  |  |  |
| *Describa:*       |

 |
|  |
| 1. Indique el uso del horario por parte del estudiante:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  El estudiante lleva el horario | [ ]  No se utiliza el calendario para nada | [ ]  El maestro lo lleva y le muestra el horario |
| [ ]  El estudiante va al tablero de horario | [ ]  El estudiante va al tablero de horario | [ ]  Otro: |       |
|  |  |  |  |
| *Describa:*       |

 |
|  |
| *Comentarios:*       |
| 1. **Planeación instruccional y del currículo:** Revise **las áreas curriculares incluidas en el programa del estudiante.**
 |
| 1. ¿La transición entre las actividades es rápida y sin problemas?: [ ]  Sí [ ]  No *(Explique)*
 |
|  |
| 1. ¿El salón de clase está organizado con las áreas de trabajo definidas y los materiales fácilmente disponibles para la enseñanza? [ ]  Sí [ ]  No *(Describa)*
 |
|  |
| 1. ¿Los estudiantes siguen los procedimientos y rutinas establecidos en el salón de clase? [ ]  Sí [ ]  No *(Describa)*
 |
|  |
| 1. Indique el nivel de recordatorio necesario para que el estudiante siga el horario:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Independiente | [ ]  Recordatorio físico | [ ]  Recordatorio indirecto verbal o gestual |
| [ ]  Recordatorio verbal directo | [ ]  Otro: |       |
|  |  |  |
| *Describa:*       |

 |
|  |
| 1. Uso del horario por parte del estudiante:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  El estudiante lleva el horario | [ ]  No se utiliza el calendario para nada | [ ]  El maestro lo lleva y le muestra el horario |
| [ ]  El estudiante va al tablero de horario | [ ]  El estudiante va al tablero de horario | [ ]  Otro: |       |
|  |  |  |  |
| *Describa:*       |

 |
|  |
| *Comentarios:*       |
| 1. **Sistemas de datos actuales y recolección de datos**
 |
| 1. ¿Se han recolectado los datos sobre el desempeño del estudiante? [ ]  Sí [ ]  No
 |
| 1. ¿Con qué frecuencia se recolectan los datos?
 | [ ]  A diario | [ ] Semanalmente | [ ]  Dos veces a la semana | [ ]  Mensualmente |
| 1. ¿Cómo se resumen los datos?
 | [ ]  En gráfico | [ ]  Narrativa escrita | [ ]  Otro: |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Qué pruebas hay de que se están utilizando adaptaciones y/o modificaciones? *(Describa)*
 |
|  |
| *Comentarios:*       |
| 1. **Comportamiento y seguridad**
 |
| 1. Describa el sistema de manejo de comportamiento en el salón de clase, incluyendo refuerzos positivos y consecuencias. ¿Es conveniente para el estudiante o necesita ser modificado?
 |
|  |
| 1. ¿Se están utilizando apoyos específicos de comportamiento positivo para el estudiante? [ ]  Sí [ ]  No ***(Describa)***
 |
| 1. ¿Hay equipo de seguridad apropiado? [ ]  Sí [ ]  No
 |
| 1. ¿Se utilizan procedimientos médicos y de seguridad apropiados? [ ]  Sí [ ]  No
 |
| 1. ¿Parece que se ha proporcionado capacitación adecuada [ ]  Sí [ ]  No
 |
|  |
| *Comentarios:*       |
| 1. **Comportamiento de los estudiantes en actividades independientes**
 |
| 1. Describa la interacción del estudiante con sus compañeros.
 |
|  |
| 1. Describa la interacción del estudiante con el personal fuera del salón de clase en un entorno menos estructurado.
 |
|  |
| 1. ¿Qué actividades realiza el estudiante durante el descanso?
 |
|  |
| 1. ¿Qué problemas son evidentes?
 |
|  |
|  |
| *Comentarios:*       |
| 1. **Describa la jornada escolar y la asistencia proporciona ahora. Incluya apoyos naturales como compañeros, personal escolar, voluntarios, etc.**
 |
|       |
| 1. **¿Cómo se utiliza la asistencia existente?**
 |
|       |
| 1. **¿Pueden modificarse las condiciones actuales para cumplir con las metas y los objetivos del estudiante y/o necesidades de cuidado personal?**
 |
|       |
| 1. **¿Qué otros tipos de ayuda son necesarios? ¿Por qué?**
 |
|       |
| 1. **¿Hay otros asuntos que deban ser abordados?**
 |
|       |
|  |
| *Comentarios:*       |
|  |  |
|  |  |