|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Examen de Visión:  Pasó  No Pasó  Padre/madre renunció a su derecho por escrito | | Fecha: |  | Examen de Audición:  Pasó  No Pasó  Padre/madre renunció a su derecho por escrito | Fecha: |  | | Comentarios: |  | | | | | | |  |  | | | | | | | **Métodos para reportar el progreso hacia las metas del IEP:**  Periodo  Semestre  Trimestre  Otro: *(describa a continuación)* | | | | | | | |  | | | | | | | | **Describa cómo se reportará el progreso a los padres:** | | | | | | | |  | | | | | | | | **Fortalezas/preferencias en el aprendizaje del estudiante:** | | | | | | | |  | | | | | | | | **Prioridades de los padres para mejorar la educación a largo plazo de los estudiantes:** | | | | | | | |  | | | | | | | | **¿Cómo afecta la discapacidad del estudiante la participación y progreso en el plan de estudios general? Para los estudiantes de pre-escolar, ¿cómo afecta la discapacidad del estudiante la participación en actividades apropiadas?** | | | | | | | |  | | | | | | | | **Actividades de integración para dar apoyo en la transición a educación general:** | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **consideraCIÓN DE FACTORES ESPECIALES** | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ¿El estudiante es ciego o tiene alguna discapacidad visual? | | Sí | No | |  | |  |  | |  | |  |  | | En caso afirmativo, ¿recibe enseñanza en Braille y en el uso del Braille? | | Sí | No | | Si no lo es, describa la justificación con base en una evaluación de las habilidades de lectura y escritura y las necesidades futuras de enseñanza en Braille y en el uso de Braille: | | | | |  | |  |  | | ¿El estudiante es sordo o tiene alguna discapacidad auditiva? | | Sí | No | | En caso | * ¿Se han considerado las necesidades comunicativas del estudiante? | Sí | No | | afirmativo: | * ¿Se ha considerado la oportunidad de comunicación directa con compañeros y personal profesional en la forma de comunicación y en el nivel | Sí | No | |  | académico del estudiante? |  |  | |  | * ¿Se han considerado todas las necesidades de comunicación, incluyendo las oportunidades de enseñanza directa en la forma de comunicación del | Sí | No | |  | Estudiante? |  |  | | ¿El equipo del IEP ha considerado el desempeño funcional del estudiante y el estudiante | |  |  | | tiene necesidades en esta área? | | Sí | No | |  | |  |  | | En caso | * ¿Se han desarrollado e incluido metas funcionales en este IEP? | Sí | No | | afirmativo: |  |  |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ¿El estudiante es Estudiante del Idioma Inglés (ELL)? En caso afirmativo: | | Sí | No | |  |  |  |  | |  | * ¿Se han considerado las necesidades de lenguaje del estudiante? | Sí | No | |  | * ¿El estudiante tiene metas, objetivos, programas y servicios lingüísticamente | Sí | No | |  | apropiados? |  |  | |  | |  |  | | ¿El comportamiento del estudiante impide su propio aprendizaje o el de los demás? | | Sí | No | |  | * ¿Se han implementado intervenciones y apoyos positivos para el comportamiento? | Sí | No | |  | * ¿Se han implementado y revisado metas de comportamiento anuales según la necesidad? | Sí | No | |  | * ¿Se ha desarrollado una Evaluación Funcional del Comportamiento (FBA)? | Sí | No | |  | * ¿Se ha implementado y revisado un plan de Intervención de la Conducta (BIP) según la necesidad? | Sí | No | |  |  |  |  | | ¿El estudiante necesita servicios, equipos o evaluaciones de dispositivos de apoyo? | | Sí | No | | En caso afirmativo, por favor explique: | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Ayudas y servicios suplementarios para el (la) estudiante y/o modificaciones y/o apoyos del programa para el personal escolar (deben ser prestados durante las fechas de vigencia de este IEP) que son necesarios para que el (la) estudiante:** (A) progrese apropiadamente hacia el logro de las metas del IEP; (B) participe y progrese en el plan de estudios regular; (C) participe en actividades extracurriculares; (D) sea educado y participe con otros niños con discapacidades y con sus compañeros no discapacitados. 34 CFR § 300.320(a)(4)-(7) | | | | | | | |  | | **ayudas y servicios suplementarios**  **programa de adaptaciones / modficaciones** | **lUGAR** | **FECHA DE INICIO** | **freCUENCIA** | **DURACIÓN** | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | |  | ***Estudiante***  ***Personal*** |  |  |  |  |  | | |  | | **Comentarios:** | |  | | |