|  |
| --- |
| **PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE DESERT/MOUNTAIN****PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL AUTONÓMA DE DESERT/MOUNTAIN**17800 HIGHWAY 18 • APPLE VALLEY, CA 92307(760) 552-6700 • (760) 242-5363 FAX**Informe de Evaluación de Estudiante**(Debe reflejar el programa total de educación) |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE FECHA DE REVISIÓN ANUAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** |
| Nombre del estudiante: |       | Fecha de nacimiento: |       |
| Programa de clases/académico: |       | Maestro: |       | Grado: |       |
| Escuela: |       | Distrito de Asistencia: |       |
|  |
| **NIVEL ACTUALDE RENDIMIENTO DEL ALUMNO** |
|  |
| Académico:       |
|  |
| Habla / lenguaje:       |
|  |
| Capacidad para relacionarse con los demás:       |
|  |
| Destrezas vocacionales:       |
|  |
| Habilidades de autosuficiencia:       |
|  |
| Habilidades psicomotoras:       |
|  |
| **RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN GENERAL** |
|  |
| Proporcionar un resumen de las actividades de inclusión de los estudiantes en un programa de educación general y en qué medida esto es apropiado:       |
|  |
| **ESTADO DEL PROGRESO HACIA EL RENDIMIENTO ANUAL DE** **OBJETIVOS / PUNTOS DE REFERENCIA ACADÉMICOS DEL ESTUDIANTE CONFORME LO ESPECIFICADO EN EL IEP** |
|  |
| Objetivos / puntos de referencia académicos a corto plazo y progreso hacia el rendimiento: | **Cumple** | **No Cumple** |
| a. |       |  | [ ]  | [ ]  |
| b. |       |  | [ ]  | [ ]  |
| c. |       |  | [ ]  | [ ]  |
| d. |       |  | [ ]  | [ ]  |
| e. |       |  | [ ]  | [ ]  |
| f. |       |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |
| Objetivos / puntos de referencia de instrucción recomendados a corto plazo para la próxima revisión anual: |
| a. |       |
| b. |       |
| c. |       |
| d. |       |
| e. |       |
| f. |       |
|  |  |
| Resumen de las comunicaciones con los padres / tutor:       |
|  |
| **LISTA DE VERIFICACIÓN: INDIQUE EL NIVEL ACTUAL DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTUDIANTE****EN LAS SIGUIENTES ÁREAS** |
|  |
| **HABILIDADES SOCIALES** | **INCLUSIÓN****SÍ O NO** | **RARAS****VECES** | **A VECES** | **CASI SIEMPRE** |
| Participa en actividades de grupo | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Demuestra interacciones adecuadas con sus compañeros  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Respeta los derechos de los demás | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Demuestra hábitos corteses  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Acepta la rutina y las normas de la clase  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Acepta responsabilidades | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Demuestra habilidades de comunicación apropiadas | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **HABILIDADES EMOCIONALES** |  |  |  |  |  |
| Demuestra confianza en sí mismo | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Parece estar feliz en la escuela | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Demuestra sentido del humor | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Logra sus deseos sin derramar lágrimas, sin hacer pucheros,  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| o berrinches |  |  |  |  |  |
| **HABILIDADES DE AUTOSUFICIENCIA** |  |  |  |  |  |
| Sigue instrucciones | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Demuestra iniciativa | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Termina las tareas asignadas | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Presta atención a las tareas | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Contribuye con ideas | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Demuestra capacidad de razonamiento | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Demuestra autoconocimiento  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **HABILIDADES FÍSICAS** |  |  |  |  |  |
| Aparenta buena salud | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Práctica buenos hábitos de aseo y de cuidado personal  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Demuestra capacidad de relajarse | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Demuestra buena postura | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Demuestra buena coordinación muscular gruesa | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Demuestra buena coordinación muscular fina | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Demuestra discurso o habla apropiada *(articulación* ) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| **NOTa: Las áreas DE FUNCIONAMIENTO QUE se indican como "Rara vez" DEBEN TRATARSE** **POR METAS Y OBJETIVOS DEl IEP.**  |
| Firma del maestro: |  | Fecha: |       |