PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO (IEP)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE MARYLAND (MSDE, en inglés) DIVISIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Información del alumno

(Formulario aprobado por el MSDE para su uso el 1 de julio de 2026)

◯ Borrador _____
◯ Aprobado _____
◯ Enmendado _____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA Y DEL ALUMNO

Primer nombre: _____Segundo Nombre:_____Apellido: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal:_____

Grado:_____

Número de identificación única del alumno (Estado):_____

Número de identificación del alumno (local): _____

Fecha de nacimiento: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

Edad:_____ Género: ◯ MASCULINO ◯ FEMENINO

CÓDIGOS DE RAZAS

Etnia: Hispano o latino □ Sí □ No
□ Amerindio o nativo de Alaska □ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
□ Asiático □ Negro o afroamericano
□ Blanco

Estudiante identificado como estudiante multilingüe: ◯ SÍ ◯ NO

Lengua nativa del alumno: _____

Condado de residencia: _____

Escuela de residencia: _____

Condado de servicio:_____

Escuela de servicio:_____

¿Necesita el alumno adaptaciones específicas en caso de una evacuación de emergencia? ◯SÍ ◯ NO

Si contesta si, especifique las adaptaciones en caso de una evacuación aquí: _____

¿Cuál jurisdicción es responsable financieramente? _____

¿El estudiante está actualmente bajo el cuidado y la custodia de una agencia estatal? ◯ SÍ ◯ NO

En caso afirmativo, nombre de la agencia del estado: _____

¿El alumno requiere un padre sustituto? ◯ SÍ ◯ NO

Nombre del padre sustituto:_____Teléfono: _____

PADRE/TUTOR 1

Primer nombre: Condado de servicio: Apellido:

Teléfono de casa: (_____)_____-_____Celular: (_____)_____-_____

Correo electrónico:

Lengua materna del padre, si no es inglés:

¿Se necesita intérprete? ◯ SÍ ◯ NO

PADRE/TUTOR 2

Primer nombre:_____ Condado de servicio:_____ Apellido:

Teléfono de casa: (_____)_____-_____Celular: (_____)_____-_____

Correo electrónico:

Lengua materna del padre, si no es inglés:

¿Se necesita intérprete? ◯ SÍ ◯ NO

Encargado del caso:

Fecha(s) de reunión del equipo del IEP:

Fecha de revisión anual del IEP:

◯ Se entregó a los padres una copia del documento de Garantías de procedimientos y derechos parentales.
◯ Se les explicó a los padres, verbalmente y por escrito, sus derechos y responsabilidades durante el proceso del equipo del IEP.
◯ Se les proporcionó a los padres información escrita sobre el acceso a servicios de habilitación, incluida una copia de la Guía para Padres sobre Servicios Habilitantes de la Administración.

Traducción a lengua materna: ¿Se informó a los padres? ◯SÍ ◯NO ◯N/A
¿La solicitaron los padres? ◯SÍ ◯NO

Fecha prevista de revisión anual:

Fecha de evaluación más reciente:

Fecha prevista de evaluación:

Principal discapacidad:

Áreas afectadas por la discapacidad:

INFORMACIÓN DE EGRESO

Fecha de salida: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

Categoría de salida: ◯ A - Regreso a educación general (¿Este estudiante se escolariza en su casa? ◯ SÍ ◯ NO) ◯ B - Graduado con un Diploma de Preparatoria de Maryland
◯ C - Recibió Certificado de terminación de programa de preparatoria de Maryland ◯ D - Cumplió 21 años de edad ◯ E - Murió ◯ F - Se cambió, se sabe que continúa
◯ G - Se retiró ◯ H - Caso especial ◯ I - El padre revoca su consentimiento para los servicios

PARTICIPANTES DEL EQUIPO DEL IEP

Encargado del caso del IEP: _____
Presidente del IEP: _____
Padre/Tutor:_____
Padre/Tutor:_____

Director/Representante:_____
Educador general: _____
Educador especial: _____
Consejero de orientación: _____

Psicólogo escolar: _____
Trabajador social: _____
Patólogo de lenguaje:_____
Alumno: _____

Representante de la agencia:_____
Otras personas que comparecen:_____
Otras personas que comparecen:_____
Otras personas que comparecen:_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

DATOS DE EVALUACIÓN INICIAL PARA ELEGIBILIDAD (Solamente se requiere para la evaluación inicial del alumno a fin de determinar su elegibilidad)

Identificar la(s) área(s) impactadas por la presunta discapacidad del alumno: _____
Discusión para apoyar la decisión: _____

¿Es un factor determinante para la falta de progreso académico del alumno el resultado de:
a) una falta de enseñanza de lectura apropiada, incluyendo componentes esenciales de la enseñanza de lectura? ◯ SÍ ◯ NO
b) ¿una falta de enseñanza de matemáticas? ◯ SÍ ◯ NO
c) ¿la falta de dominio del inglés? ◯ SÍ ◯ NO
(En caso afirmativo de alguna de las opciones anteriores, el alumno deberá cumplir de otra forma los criterios de elegibilidad como alumno con una discapacidad identificada).

¿Requiere el alumno enseñanza especialmente diseñada para poder lograr un progreso adecuado en la escuela? ◯ SÍ ◯ NO

Elegibilidad inicial (Menores de 3 años)

Fecha del consentimiento del padre para la evaluación inicial ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Fecha de la evaluación inicial: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

El niño es elegible para educación especial preescolar y servicios relacionados a través de un IEP. ◯ Sí ◯ No

Indicar la principal discapacidad

◯ AUTISMO ◯ RETRASO EN EL DESARROLLO ◯ DISCAPACIDAD INTELECTUAL ◯ PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE ◯ TRASTORNO DEL LENGUAJE ◯ PROBLEMAS CON LA VISIÓN
◯ SORDERA ◯ TRASTORNO EMOCIONAL ◯ IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO ◯ Dislexia ◯ Disgrafía ◯ LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA ◯ MÚLTIPLES DISCAPACIDADES
◯ SORDERA - CEGUERA ◯ DISCAPACIDAD AUDITIVA ◯ OTRO PROBLEMA DE SALUD ◯ Discalculia ◯ Otro _____ ◯ Cognitiva (especificar) _____
◯ Sensorial (especificar) _____
◯ Física (especificar) _____

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Razón(es) para el retraso de la evaluación inicial:
◯ No se determinó la elegibilidad debido a: retiro del consentimiento, venir de otro distrito, niño no estuvo disponible por una condición crónica o enfermedad.
◯ Evaluación inicial
Si la evaluación se retrasó, indique la(s) razón(es) para el retraso:
◯ El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño
◯ El rechazo del padre para proporcionar su consentimiento provocó el retraso en la evaluación o los servicios iniciales
◯ El padre solicitó el retraso – El padre y el equipo del IEP extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito
◯ Escuelas/instalaciones cerradas
◯ Inclemencias del tiempo
◯ Otros
◯ Problemas del personal ◯ Error en los trámites
◯ con los resultados tempranos no definitivos de las pruebas
◯ Otros, favor de especificar: _____

Fecha de consentimiento del padre-continuar Servicios de Intervención a través de un Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP, en inglés) a los 3 años .☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Fecha de desarrollo inicial del IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Fecha del consentimiento del padre para iniciar los servicios: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Fecha inicial de vigencia del IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•YYYY)

¿Está en transición el alumno de Niños pequeños y bebés (Parte C) a Preescolar (Parte B) y recibirá los servicios a través de un IEP? ◯ SÍ ◯ NO

Razón(es) para el retraso del IEP en vigencia antes de cumplir 3 años
◯ No se determinó la elegibilidad debido a: retiro del consentimiento, venir de otro distrito, niño no estuvo disponible por una condición crónica o enfermedad.
◯ IEP inicial en vigencia antes de cumplir 3 años
Si el IEP no está en vigencia antes de cumplir 3 años, indique la(s) razón(es) para el retraso:
◯ El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño
◯ El rechazo del padre para proporcionar su consentimiento provocó el retraso en la evaluación o los servicios iniciales
◯ El padre solicitó el retraso – El padre y el equipo del IEP extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito
◯ Escuelas/instalaciones cerradas
◯ Inclemencias del tiempo
◯ Otros
◯ Problemas del personal ◯ Error en los trámites
◯ Resultados no definitivos de las pruebas
◯ Otros, favor de especificar: _____

Si los padres no responden o se niegan a dar su consentimiento para la prestación inicial de educación especial y servicios relacionados, la agencia pública no proporcionará educación especial ni servicios relacionados al estudiante y no se considerará que está violando su obligación de prestar servicios de Educación Pública Gratuita y Apropiada (FAPE, en inglés) de conformidad con el título 34 del Código de Regulaciones Federales (CFR, en inglés), sección 300.

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

Elegibilidad inicial (Alumnos de 3 a 21 años)

Fecha del consentimiento del padre para la evaluación inicial ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Fecha de la evaluación inicial: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

El niño, en calidad de alumno con discapacidad, es elegible para la educación especial y los servicios relacionados. ○ Sí ○ No

Indicar la principal discapacidad

○ AUTISMO ○ RETRASO EN EL DESARROLLO ○ DISCAPACIDAD INTELECTUAL ○ PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE ○ TRASTORNO DEL LENGUAJE ○ PROBLEMAS CON LA VISIÓN
○ SORDERA ○ INESTABILIDAD EMOCIONAL ○ IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO ○ Dislexia ○ Disgrafía ○ LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA ○ MÚLTIPLES DISCAPACIDADES
○ SORDERA - CEGUERA ○ DISCAPACIDAD AUDITIVA ○ OTRO PROBLEMA DE SALUD ○ Discalculia ○ Otro _____ ○ Cognitiva (especificar) _____
○ Sensorial (especificar) _____
○ Física (especificar) _____

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

Razón(es) para el retraso de la evaluación inicial

○ No se determinó la elegibilidad debido a retiro de la escuela, es decir, traslado, abandono, consentimiento del padre para el retiro.

○ Evaluación inicial

Si la evaluación se retrasó, indique la(s) razón(es) para el retraso:

○ El padre repetidamente faltó o se rehusó a tener dispuesto al niño ○ El padre solicitó el retraso - El padre y el equipo del IEP extienden el plazo por mutuo acuerdo por escrito

○ Se inscribió al estudiante después de que comenzara el plazo de 60 días y antes de la determinación de la agencia de educación local (LEA, en inglés). La LEA receptora avanzó lo suficiente para completar la evaluación y los padres y la LEA acordaron un plazo específico para completar la evaluación (se deben cumplir todas las condiciones).

○ Inclemencias del tiempo un tiempo específico para terminar la evaluación (Se deberán cumplir todas las condiciones) ○ Otros:

○ Error en los trámites ○ El niño no está disponible (no falla del padre)/el niño se rehusó
○ Resultados no definitivos de las pruebas ○ Problemas del personal
○ Otros, favor de especificar _____

Fecha del consentimiento del padre — continúa con Servicios de Educación Temprana a través de un Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP, en inglés) a los 3 años: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•YYYY)

Fecha en la cual se notificó al sistema escolar la decisión del padre de solicitar los servicios a través de un IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Fecha en la que terminaron los servicios extendidos de IFSP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Fecha de desarrollo inicial del IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Fecha del consentimiento del padre para iniciar los servicios: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)
Fecha inicial de vigencia del IEP: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐(MM•DD•AAAA)

¿Está en transición el alumno de Niños pequeños y bebés (Parte C) a Preescolar (Parte B) y recibirá los servicios a través de un IEP? ○ SÍ ○ NO

DATOS DE ELEGIBILIDAD CONTINUADA (Se requieren para la evaluación al menos una vez cada tres años)

Especificar la(s) área(s) identificada(s) para reevaluación: _____ Discusión para apoyar la decisión: _____

Fecha de evaluación: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA) (Esta es la fecha más reciente en la cual el equipo del IEP completó una revisión total de todos los materiales de evaluación).

¿El alumno sigue teniendo una discapacidad y necesidades educativas tales que requieren que se continúe proporcionando la educación especial y sus servicios relacionados? ○SÍ ○NO

¿Se necesitan adiciones o modificaciones a la educación especial y servicios relacionados para permitir que el alumno cumpla con los objetivos anuales cuantificables que se fijaron en el IEP del alumno y para participar, como se requiere, en el programa de educación general? ○SÍ ○NO

¿Elegible como alumno con una discapacidad?_____ ○ Sí ○ No Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

_____

Indicar la principal discapacidad

○ AUTISMO ○ RETRASO EN EL DESARROLLO ○ DISCAPACIDAD INTELECTUAL ○ PROBLEMA ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE ○ TRASTORNO DEL LANGUAGE ○ DISCAPACIDADES MÚLTIPLES
○ SORDERA ○ INESTABILIDAD EMOCIONAL ○ IMPEDIMENTO ORTOPÉDICO ○ Dislexia ○ Disgrafía ○ LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA ○ Cognitiva (especificar) _____
○ SORDERA - CEGUERA ○ DISCAPACIDAD AUDITIVA ○ OTRO PROBLEMA DE SALUD ○ Discalculia ○ Otro _____ ○ PROBLEMAS CON LA VISIÓN ○ Sensorial (especificar) _____
○ Física (especificar) _____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN LAS EVALUACIONES DISTRITALES O ESTATALES E INFORMACIÓN DE GRADUACIÓN

¿Se explicaron a los padres los requisitos para la graduación? ◯ SÍ ◯ NO

Los requisitos estatales para graduarse se pueden consultar en www.marylandpublicschools.org.

Registrar cualquier requisito adicional para graduación del sistema escolar local: _____
_____

CATEGORÍA DE SALID PREVISTA:

El estudiante saldrá con: ◯ Diploma de Preparatoria de Maryland
(Maque todo lo que corresponda)
☐ con 2 créditos de World Language, que puede incluir el lenguaje de señas estadounidense
☐ con la finalización exitosa de un programa de educación técnica y profesional aprobado por el Estado.
◯ Certificado de terminación de programa al finalizar el año escolar en que el alumno cumpla 21 años
◯ Certificado de terminación de programa antes de finalizar el año escolar en que el alumno cumpla 21 años (Opción del padre y del alumno)

FECHA PROYECTADA DE SALIDA:

El alumno participa en un programa de _____ y se espera que salga/se gradúe de la escuela el _____ (mes, día, año) Al salir, el estudiante recibirá un Resumen de desempeño de Maryland (MSOP, en inglés) que incluye logros académicos, desempeño funcional, adaptaciones y progreso en metas postsecundarias.

¿Se ha informado al estudiante y a los padres que los derechos conforme a la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, en inglés) no se transfieren a los estudiantes con discapacidades al alcanzar la mayoría de edad, excepto en circunstancias limitadas, como se describe en el Artículo de Educación 8-412.1 del Código Anotado de Maryland? ◯ Sí ◯ N/A

PLAN PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE EVALUACIONES INTEGRALES DE MARYLAND (MCAP, en inglés) QUE SE APLICARÁN DURANTE EL TÉRMINO DEL IEP ACTUAL

El alumno participará en las **evaluaciones del Programa de Evaluación Integral de Maryland (MCAP)** para los grados 3 a 8
Arte del Lenguaje/Lectura del Inglés ◯ SÍ ◯ NO Matemáticas ◯ SÍ◯ NO Evaluación Integrada de Ciencias de Maryland (MISA, en inglés) de Ciencias (5.º y 8.º grado) ◯ SÍ ◯ NO

El alumno participará en las **evaluaciones del Programa de Evaluación Integral de Maryland (MCAP)** para la escuela secundaria.
Lengua y literatura inglesa/alfabetización ◯ Sí ◯ NO Álgebra ◯ SÍ ◯ NO Álgebra II ◯ SÍ ◯ NO Geometría ◯ SÍ ◯ NO MISA de Ciencias Biológicas ◯ SÍ ◯ NO Gobierno ◯ SÍ ◯ NO

El alumno participará en la **Evaluación Integrada de Ciencias de Maryland (MISA)** alineada con los Estándares de Ciencias de Nueva Generación (NGSS) en el grado evaluado (grados 5, 8) ◯ SÍ ◯ NO

El alumno participará en la **Evaluación Integrada de Ciencias de Preparatoria de Maryland (MISA) alineada con los Estándares de Ciencias de Nueva Generación (NGSS) en el grado evaluado** ◯ SÍ ◯ NO

¿Ha determinado el equipo del IEP que el estudiante debe participar en una evaluación alternativa basada en estándares de logros académicos alternativos?
(Complete el documento del Índice A requerido por año *Orientación para los equipos del IEP: Decisiones de participación para las evaluaciones alternativas e instrucción con las normas alternativas y presente la carpeta electrónica del IEP del alumno).*
◯ SÍ ◯ NO

¿El padre presta consentimiento para que el alumno participe en una **evaluación alternativa basada en estándares de logros académicos alternativos en**
• Arte del Lenguaje (grados 3-8, 11) • Matemáticas (grados 3-8, 11) • Ciencias (solo grados 5, 8, 11)?
◯ SÍ - Fecha del consentimiento por escrito: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ NO - Fecha de negativa por escrito: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐
◯ No se recibió ninguna respuesta dentro de los 15 días hábiles de la fecha de la reunión del equipo del IEP.

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

INFORMACIÓN SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN LAS EVALUACIONES DISTRITALES/ESTATALES Y GRADUACIÓN

PLAN PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INSTRUCCIÓN USANDO ESTÁNDARES ALTERNATIVOS

¿El equipo del IEP determinó que el estudiante **recibirá instrucción usando estándares alternativos**, los cuales, de continuar, ocasionarán que no obtenga créditos para recibir un diploma de preparatoria de Maryland?
(Complete el documento del Índice A requerido por año *Orientación para los equipos del IEP: decisiones de participación para evaluaciones alternativas e instrucción usando estándares alternativos* anualmente y archívelo en la carpeta electrónica del IEP).

◯ SÍ ◯ NO

¿Consienten los padres que el estudiante sea instruido usando estándares alternativos?

◯ SÍ - Fecha del consentimiento por escrito: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ NO - Fecha de negativa por escrito: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ No se recibió ninguna respuesta dentro de los 15 días hábiles de la fecha de la reunión del equipo del IEP.

Documentar la base para la(s) decisión(es). Si el estudiante participa en evaluaciones alternativas, explique por qué las evaluaciones alternativas son apropiadas para el estudiante y por qué el estudiante no puede participar en las evaluaciones de educación general.

_____

_____

_____

OBSERVE: SE LE PUEDE PEDIR A UN ALUMNO QUE PARTICIPE EN EVALUACIONES NACIONALES O INTERNACIONALES. SOLO SE PERMITEN ADAPTACIONES PERMISIBLES EN LAS EVALUACIONES NACIONALES/ INTERNACIONALES.

Llenar para alumnos de último grado de preparatoria que pueden ser elegibles para exención de HSA

El equipo del IEP ha discutido los criterios del proceso de toma de decisiones para exención del alumno y apoya una recomendación de exención de HSA al director local.

◯ SÍ **(En caso afirmativo, especificar la fecha de recomendación)** _____ ◯ NO

RESUMEN DE APTITUD DEL INGLÉS

¿Se trata de un estudiante multilingüe? ◯ SÍ ◯NO

¿Cuál fue el rendimiento del alumno en la evaluación de aptitud del inglés? O

Fecha de evaluación ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

Nivel de aptitud compuesta promedio _____

◯ INGRESO ◯ EMERGENTE ◯ EN DESARROLLO ◯ EN EXPANSIÓN ◯ REDUCCIÓN DE BRECHA ◯ ALCANCE

¿Cuál fue el rendimiento del alumno en la evaluación de dominio de inglés **alternativa**?

Fecha de Evaluación ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM/DD/AAAA)

Nivel de aptitud compuesta promedio _____

◯ INICIO ◯ EXPLORACIÓN ◯ PARTICIPACIÓN ◯ INGRESO ◯ EMERGENTE

RESUMEN DEL DESEMPEÑO DEL PROGRAMA ESTATAL DE EVALUACIÓN INTEGRAL DE MARYLAND (MCAP)

¿Cuál fue el rendimiento del alumno, si corresponde, en la **Evaluación de preparación para kínder (KRA)** el ☐☐•☐☐•☐☐☐☐?

Alfabetización temprana Star	**Nivel de desempeño:** ◯ PRINCIPIANTE ◯ EN DESARROLLO ◯ CONSOLIDADO
Matemáticas Star	**Nivel de desempeño:** ◯ PRINCIPIANTE ◯ EN DESARROLLO ◯ CONSOLIDADO
SAEBRS (Cuestionario de detección de riesgos de comportamiento social, académico y emocional)	**Nivel de riesgo:** ◯ RIESGO BAJO ◯ CIERTO RIESGO ◯ RIESGO ALTO

¿Cuál fue el desempeño del estudiante en las evaluaciones de MCAP para los grados 3-8 a partir del ☐☐•☐☐•☐☐☐☐?

	Calificación de escala actual		**Calificación de escala del año anterior**		**Niveles de aptitud más recientes**			
MCAP	**Grado**	**Clasificación de escala**	**Grado**	**Clasificación de escala**	**Nivel 1 Estudiante principiante**	**Nivel 2 Estudiante en desarrollo**	**Nivel 3 Estudiante competente**	**Nivel 4 Estudiante distinguido**
Arte del Lenguaje Lectura del Inglés					◯	◯	◯	◯
Matemáticas					◯	◯	◯	◯
Álgebra 1, si corresponde					◯	◯	◯	◯
Estudios Sociales (grado 8)					◯	◯	◯	◯
MISA de Ciencias (5.º y 8.º grado)					◯	◯	◯	◯

¿Cuál fue el desempeño del estudiante en las evaluaciones de preparatoria **MCAP** a partir de ☐☐•☐☐•☐☐☐☐?

MCAP	**Calificación de escala más reciente**	**Calificación de escala anterior**	**Niveles de aptitud más recientes**			
			Nivel 1 Estudiante principiante	**Nivel 2 Estudiante en desarrollo**	**Nivel 3 Estudiante competente**	**Nivel 4 Estudiante distinguido**
Arte del Lenguaje/ Lectura del Inglés (grado 10)			◯	◯	◯	◯
Álgebra			◯	◯	◯	◯
MISA de Ciencias Biológicas			◯	◯	◯	◯
Gobierno			◯	◯	◯	◯

¿Cuál fue el rendimiento del alumno, si corresponde, en las **evaluaciones alternativas** a partir del ☐☐•☐☐•☐☐☐☐?

	Niveles de aptitud más recientes			
MAD (Mapas de Aprendizaje Dinámico)	**Nivel 1 Emergente**	**Nivel 2 Por alcanzar el objetivo**	**Nivel 3 En el objetivo**	**Nivel 4 Ciencias**
Arte del Lenguaje Lectura del Inglés	◯	◯	◯	◯
Matemáticas	◯	◯	◯	◯
Ciencia (Grados 5, 8, 11 únicamente)	◯	◯	◯	◯

Notas adicionales sobre el desempeño en las evaluaciones estatales: _____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

DESTREZAS DE APRENDIZAJE TEMPRANO:
- ◯ Lenguaje y alfabetización
- ◯ Cognición temprana y STEAM
- ◯ Desarrollo socioemocional
- ◯ Bienestar físico y desarrollo motriz
- ◯ Enfoques del aprendizaje

Documente los niveles de rendimiento educativo y funcional del niño(a) en estas áreas, según corresponda.

Fuente(s): _____
_____
_____

Nivel de desempeño educativo y funcional: (Considere diversas fuentes de datos, entre las que se incluyen: los resultados de evaluaciones individualizadas, las evaluaciones en el salón de clases, las evaluaciones del distrito, las observaciones en el salón de clases, la información de los padres, y la contribución del estudiante y del docente de educación general en las áreas relevantes). _____

Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____
_____
_____
_____
_____

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?
◯ SÍ ◯ NO

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ACADÉMICO

Documentar los niveles de rendimiento académico y desempeño funcional del alumno en las áreas académicas, como corresponda.

Fuente(s): _____

Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____

_____

Rendimiento a nivel grado escolar actual: _____

(Considere diversas fuentes de datos, entre las que se incluyen: los resultados de evaluaciones individualizadas, las evaluaciones en el salón de clases, las evaluaciones del distrito, las observaciones en el salón de clases, la información de los padres, y la contribución del estudiante y del docente de educación general en las áreas relevantes).

Información sobre las tendencias de desempeño del nivel de grado educativo (documente la tasa de crecimiento del estudiante durante los últimos dos años):

Año Escolar	Rendimiento a nivel grado escolar

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?
◯ SÍ ◯ NO

¿Es necesario establecer una meta para reducir la brecha en esta área? ◯ SÍ ◯ NO

En caso negativo, documente la base de la decisión: _____

SALUD

Fuente(s): _____

Nivel de desempeño: _____

(Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda).

Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración):

_____

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?
◯ SÍ ◯ NO

FÍSICO

Fuente(s): _____

Nivel de desempeño: _____

(Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda).

Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____

_____

_____

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?
◯ SÍ ◯ NO

SOCIOEMOCIONAL/CONDUCTUAL _____

Fuente(s): _____

Nivel de desempeño: _____

(Considerar las evaluaciones de sistemas escolares privados, estatales, locales y por grupo, como corresponda).

Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____

_____

_____

¿Impacta esta área el rendimiento académico del alumno y/o el desempeño funcional?
◯ SÍ ◯ NO

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

TRANSICIÓN SECUNDARIA:

- ◯ Empleo
- ◯ Educación/capacitación
- ◯ Vida independiente
- ◯ Auto-determinación
- ◯ Habilidades de viaje

Empleo y Educación/Formación deben completarse para los estudiantes que tendrán 14 años o más durante el período en que el IEP esté activo.

Fuentes: (deben identificarse al menos dos fuentes y una de ellas debe ser la entrevista con el estudiante)

- ☐ Entrevista con el estudiante (obligatoria) Fecha:_____
- ☐ Career Cruising Fecha:_____
- ☐ Evaluaciones de transición de Conover Fecha:_____
- ☐ Naviance Fecha:_____
- ☐ O*Net Fecha:_____
- ☐ Encuesta de intereses profesionales con imágenes (PICS, en inglés) Fecha:_____
- ☐ Perfil personal positivo (PPP, en inglés) Fecha:_____
- ☐ Inventario de planificación de la transición (TPI, en inglés) Fecha:_____
- ☐ Otra: _____ Fecha:_____

Nivel actual de desempeño (según sea apropiado): _____

_____

Resumen de conclusiones de la evaluación (incluya las fechas de administración): _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

PREESCOLAR: EVALUACIÓN AUTÉNTICA

El propósito de los servicios de educación especial de nivel preescolar es apoyar la participación exitosa de los niños pequeños en el plan de estudios general y en las actividades cotidianas de la escuela, así como en otros entornos comunitarios y en el hogar. Por lo tanto, es importante entender las capacidades funcionales del niño en estas actividades y entornos. Mediante la evaluación auténtica, se recopila intencionalmente información sobre las habilidades funcionales y las conductas del niño en las tres áreas de resultados de la primera infancia:
(1) desarrollo de habilidades y relaciones socioemocionales positivas; (2) adquisición y uso de conocimientos y habilidades, y (3) empleo de conductas apropiadas para satisfacer las necesidades. Se utilizan múltiples fuentes de información para comprender las habilidades individuales y el progreso del niño en relación con él mismo y con sus compañeros de la misma edad. Estas fuentes incluyen las preocupaciones y prioridades de la familia y el desempeño educativo y funcional del niño en todos los entornos.

Evaluación utilizada: (marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Entrevista basada en rutinas Fecha_____
- ☐ Escala para la Evaluación del Disfrute Familiar en las Rutinas (SAFER, en inglés) Fecha_____
- ☐ Escala para la Evaluación de la Percepción de los Docentes sobre las Rutinas y la Participación (SATIRE, en inglés) Fecha_____
- ☐ Entrevista a nivel local Fecha_____
- ☐ Otra: _____ Fecha_____

¿Dónde pasa el tiempo el niño? (Marque todas las opciones que correspondan).

☐ Centro de cuidado infantil	☐ Centro de apoyo familiar	☐ Lugar de trabajo de los padres	☐ Programa público de prejardín
☐ Su hogar	☐ Hogar de un miembro de la familia	☐ Programa o actividades del Departamento de Parques y Recreación	☐ Entorno religioso
☐ Early Head Start/Head Start	☐ Centro Judy	☐ Grupo de juego de preescolar	☐ Refugio
☐ Cuidado infantil en el hogar	☐ Biblioteca	☐ Escuela privada de prejardín/guardería	☐ Otro: _____

Observación(es): ○ NO ○ SÍ - Fecha(s) de la(s) observación(es) _____ Rutina/actividad observada: (Marque todas las opciones que correspondan).

☐ Momento de vestirse	☐ Actividad en ronda	☐ Transiciones	☐ Otra: _____
☐ Momento de cambiarse el pañal/ir al baño	☐ Centros de aprendizaje	☐ Siestas/descanso/hora de dormir	
☐ Hora de comer/refrigerio	☐ Actividad de lectura	☐ Salida de la escuela	
☐ Llegada a la escuela	☐ Juego al aire libre	☐ Viaje en autobús	

¿Cuáles son las preocupaciones y prioridades de los padres con respecto al desempeño educativo y funcional de su hijo en edad preescolar?
¿Cómo repercuten las preocupaciones en la forma en la que el niño interactúa con los demás, aprende y participa en las actividades y adquiere independencia?

_____

_____

¿Cómo repercute la discapacidad del niño en su acceso y participación en las actividades apropiadas para su edad?

_____

_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

PREESCOLAR: RESUMEN DE LA EVALUACIÓN

Se necesitan herramientas estandarizadas para obtener puntuaciones que reflejen los niveles de habilidad del niño en cada una de las áreas de dominio con el objetivo de determinar la elegibilidad para recibir servicios de educación especial de nivel preescolar. Mediante las actividades de evaluación auténticas, se recopila información sobre las habilidades y las capacidades funcionales del niño en las rutinas y actividades diarias.
Las capacidades funcionales abarcan distintos dominios del desarrollo y reflejan la forma integrada en que los niños aprenden y crecen. Por lo tanto, resumimos todas las capacidades, fortalezas y necesidades funcionales en tres áreas de resultados funcionales. Las fuentes de información pueden incluir conversaciones con las familias y los cuidadores, observaciones del niño en las actividades cotidianas, los resultados de las evaluaciones, actividades de evaluación auténticas e informes externos.

Además, el equipo considera e identifica cómo el funcionamiento del niño en estas tres áreas de resultados se compara con el de otros niños de su edad. Esto ayuda a facilitar el desarrollo y la participación del niño en las actividades diarias Y a conocer cómo los niños se benefician de la participación en los servicios de educación especial de nivel preescolar.

Tipo de Resumen de resultados del niño (COS, en inglés): ☐ *Inicial* ☐ *Provisional* ☐ *Egreso* **Fecha en que se completó el COS:** _____
☐ *Se completó sin la contribución de los padres* **Fuentes:** _____

ÁREA DE RESULTADOS: DESARROLLO DE HABILIDADES Y RELACIONES SOCIOEMOCIONALES POSITIVAS

Se refiere a la forma en que los niños se relacionan con quienes los rodean: sus padres, docentes, cuidadores, hermanos, compañeros de clase y otros niños pequeños. Incluye muchas habilidades diferentes, como comunicarse, manifestar emociones de manera apropiada y controlar su propia conducta. Tener relaciones sociales positivas también implica que los niños pequeños sigan reglas sobre cómo interactuar, como esperar su turno o compartir. Para obtener más información, consulte la sección Breadth of the Three Broad Outcomes (Alcance de los tres resultados generales) *en https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp*

CÓMO EL NIÑO: ● Se relaciona con los cuidadores. ● Presta atención a los demás en distintos entornos. ● Interactúa con sus compañeros. ● Participa en juegos sociales y se comunica con otras personas. ● Sigue normas sociales y se adapta a los cambios en las rutinas. ● Expresa sus propias emociones y responde a las emociones de los demás.							
¿CÓMO SE RELACIONA EL DESARROLLO DEL NIÑO CON EL DE SUS COMPAÑEROS DE LA MISMA EDAD? En relación con sus compañeros de la misma edad,	○ su funcionamiento podría describirse como el de un niño mucho más pequeño. Muestra habilidades tempranas, pero aún no exhibe las habilidades básicas inmediatas o esperadas para su edad en esta área.	○ muestra algunas habilidades básicas emergentes o inmediatas, las cuales lo ayudarán a desarrollar habilidades apropiadas para su edad en esta área.	○ todavía no muestra las habilidades esperadas para su edad. Sin embargo, muestra muchas habilidades básicas importantes e inmediatas que debe desarrollar en esta área.	○ muestra el uso ocasional de algunas habilidades esperadas para su edad, pero la mayoría de sus habilidades aún no son las esperadas para su edad en esta área.	○ muestra muchas habilidades esperadas para su edad, pero aún muestra cierto funcionamiento que podría describirse como el de un niño un poco más pequeño en esta área.	○ muestra las habilidades esperadas para su edad en esta área; sin embargo, existen preocupaciones en torno a esta área.	○ muestra las habilidades esperadas para su edad en esta área.
Responda únicamente si actualiza el resumen de la evaluación original:	¿El niño ha demostrado alguna habilidad o conducta nuevas relacionadas con el desarrollo socioemocional y las relaciones positivas desde el último resumen de la evaluación? ○ Sí ○ No						

¿Esta área de resultados afecta el desempeño educativo o funcional del niño? ○ *Sí* ○ *No*
¿El equipo debe considerar la posibilidad de desarrollar una meta funcional relacionada con esta área de resultados? ○ *Sí* ○ *No*

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

PREESCOLAR: RESUMEN DE LA EVALUACIÓN

Se necesitan herramientas estandarizadas para obtener puntuaciones que reflejen los niveles de habilidad del niño en cada una de las áreas de dominio con el objetivo de determinar la elegibilidad para recibir servicios de educación especial de nivel preescolar. Mediante las actividades de evaluación auténticas, se recopila información sobre las habilidades y las capacidades funcionales del niño en las rutinas y actividades diarias.
Las capacidades funcionales abarcan distintos dominios del desarrollo y reflejan la forma integrada en que los niños aprenden y crecen. Por lo tanto, resumimos todas las capacidades, fortalezas y necesidades funcionales en tres áreas de resultados funcionales. Las fuentes de información pueden incluir conversaciones con las familias y los cuidadores, observaciones del niño en las actividades cotidianas, los resultados de las evaluaciones, actividades de evaluación auténticas e informes externos.

Además, el equipo considera e identifica cómo el funcionamiento del niño en estas tres áreas de resultados se compara con el de otros niños de su edad. Esto ayuda a facilitar el desarrollo y la participación del niño en las actividades diarias Y a conocer cómo los niños se benefician de la participación en los servicios de educación especial de nivel preescolar.

ÁREA DE RESULTADOS: ADQUISICIÓN Y USO DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

Se refiere a las habilidades de pensamiento, aprendizaje, razonamiento, memoria y resolución de problemas, al conocimiento general que los niños adquieren sobre su mundo, como los conceptos de más y menos, los colores, las formas, las letras, los números, los cuentos y los libros, y al uso de este conocimiento para participar en las actividades cotidianas. Se trata del aprendizaje temprano y de cómo los niños llegan a entender su mundo y adquieren las habilidades que necesitan para tener éxito en la escuela y en la comunidad.
Para obtener más información, consulte la sección Breadth of the Three Broad Outcomes (Alcance de los tres resultados generales) *en https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp*

CÓMO EL NIÑO: ● Muestra interés en aprender. ● Usa estrategias de resolución de problemas. ● Participa en un juego con un propósito. ● Comprende la educación preacadémica y la alfabetización. ● Adquiere el lenguaje para comunicarse. ● Comprende preguntas e instrucciones.	

¿CÓMO SE RELACIONA EL DESARROLLO DEL NIÑO CON EL DE SUS COMPAÑEROS DE LA MISMA EDAD? En relación con sus compañeros de la misma edad,	○ su funcionamiento podría describirse como el de un niño mucho más pequeño. Muestra habilidades tempranas, pero aún no exhibe las habilidades básicas inmediatas o esperadas para su edad en esta área.	○ muestra algunas habilidades básicas emergentes o inmediatas, las cuales lo ayudarán a desarrollar habilidades apropiadas para su edad en esta área.	○ todavía no muestra las habilidades esperadas para su edad. Sin embargo, muestra muchas habilidades básicas importantes e inmediatas que debe desarrollar en esta área.	○ muestra el uso ocasional de algunas habilidades esperadas para su edad, pero la mayoría de sus habilidades aún no son las esperadas para su edad en esta área.	○ muestra muchas habilidades esperadas para su edad, pero aún muestra cierto funcionamiento que podría describirse como el de un niño un poco más pequeño en esta área.	○ muestra las habilidades esperadas para su edad en esta área; sin embargo, existen preocupaciones en torno a esta área.	○ muestra las habilidades esperadas para su edad en esta área.
Responda únicamente si actualiza el resumen de la evaluación original:	¿El niño ha demostrado alguna habilidad o conducta nuevas relacionadas con la adquisición y el uso de conocimientos y habilidades desde el último resumen de la evaluación? ○ Sí ○ No						

¿Esta área de resultados afecta el desempeño educativo o funcional del niño? ○ *Sí* ○ *No*
¿El equipo debe considerar la posibilidad de desarrollar una meta funcional relacionada con esta área de resultados? ○ *Sí* ○ *No*

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

PREESCOLAR: RESUMEN DE LA EVALUACIÓN

Se necesitan herramientas estandarizadas para obtener puntuaciones que reflejen los niveles de habilidad del niño en cada una de las áreas de dominio con el objetivo de determinar la elegibilidad para recibir servicios de educación especial de nivel preescolar. Mediante las actividades de evaluación auténticas, se recopila información sobre las habilidades y las capacidades funcionales del niño en las rutinas y actividades diarias.
Las capacidades funcionales abarcan distintos dominios del desarrollo y reflejan la forma integrada en que los niños aprenden y crecen. Por lo tanto, resumimos todas las capacidades, fortalezas y necesidades funcionales en tres áreas de resultados funcionales. Las fuentes de información pueden incluir conversaciones con las familias y los cuidadores, observaciones del niño en las actividades cotidianas, los resultados de las evaluaciones, actividades de evaluación auténticas e informes externos.

Además, el equipo considera e identifica cómo el funcionamiento del niño en estas tres áreas de resultados se compara con el de otros niños de su edad. Esto ayuda a facilitar el desarrollo y la participación del niño en las actividades diarias Y a conocer cómo los niños se benefician de la participación en los servicios de educación especial de nivel preescolar.

ÁREA DE RESULTADOS: EMPLEO DE CONDUCTAS APROPIADAS PARA SATISFACER LAS NECESIDADES

Se refiere a la forma en que los niños pueden cuidar de sí mismos y utilizar los medios adecuados para obtener lo que necesitan y desean. Incluye actividades cotidianas, como comer, vestirse, jugar con juguetes, tomar decisiones y moverse de un lugar a otro, así como la forma en que responden ante los desafíos o retrasos al intentar obtener lo que quieren. También se refiere a la forma en que los niños son conscientes de situaciones que pueden ser peligrosas y responden a ellas. En última instancia, se centra en la independencia emergente.
Para obtener más información, consulte la sección Breadth of the Three Broad Outcomes (Alcance de los tres resultados generales) *en https://ectacenter.org/eco/pages/childoutcomes.asp*

CÓMO EL NIÑO: ● Se mueve y manipula objetos para satisfacer sus necesidades. ● Come y bebe con una independencia cada vez mayor. ● Se viste y se desviste con una independencia cada vez mayor. ● Usa pañales/va al baño y se asea con una independencia cada vez mayor. ● Comunica sus necesidades. ● Muestra conciencia de la seguridad.							
¿CÓMO SE RELACIONA EL DESARROLLO DEL NIÑO CON EL DE SUS COMPAÑEROS DE LA MISMA EDAD? En relación con sus compañeros de la misma edad,	O su funcionamiento podría describirse como el de un niño mucho más pequeño. Muestra habilidades tempranas, pero aún no exhibe las habilidades básicas inmediatas o esperadas para su edad en esta área.	O muestra algunas habilidades básicas emergentes o inmediatas, las cuales lo ayudarán a desarrollar habilidades apropiadas para su edad en esta área.	O todavía no muestra las habilidades esperadas para su edad. Sin embargo, muestra muchas habilidades básicas importantes e inmediatas que debe desarrollar en esta área.	O muestra el uso ocasional de algunas habilidades esperadas para su edad, pero la mayoría de sus habilidades aún no son las esperadas para su edad en esta área.	O muestra muchas habilidades esperadas para su edad, pero aún muestra cierto funcionamiento que podría describirse como el de un niño un poco más pequeño en esta área.	O muestra las habilidades esperadas para su edad en esta área; sin embargo, existen preocupaciones en torno a esta área.	O muestra las habilidades esperadas para su edad en esta área.
Responda únicamente si actualiza el resumen de la evaluación original:	¿El niño ha demostrado alguna habilidad o conducta nuevas relacionadas con el empleo de conductas apropiadas para satisfacer las necesidades desde el último resumen de la evaluación? O Sí O No						

¿Esta área de resultados afecta el desempeño educativo o funcional del niño? ○ *Sí* ○ *No*
¿El equipo debe considerar la posibilidad de desarrollar una meta funcional relacionada con esta área de resultados? ○ *Sí* ○ *No*

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

EDAD ESCOLAR – NIVEL ACTUAL DE LOGROS ACADÉMICOS Y RENDIMIENTO FUNCIONAL

¿Cuál es la aportación de los padres sobre el programa educativo del alumno? (Como transición secundaria, conductual, socioemocional, funcional o académica)

¿Cuáles son las fortalezas del alumno, sus áreas de interés, sus atributos personales importantes y sus logros personales? (Incluir preferencias e intereses para resultados post-escolares, en caso apropiado).

¿Cómo afecta la discapacidad del alumno su participación dentro del currículo general de educación?

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

TRANSICIÓN SECUNDARIA: Para ser llenado anualmente, a partir de los 14 años de edad o antes, si se determina que es apropiado.

Las metas posteriores a la escuela secundaria se basan en las preferencias, los intereses y las habilidades del estudiante identificados mediante las evaluaciones de transición adecuadas para su edad que se resumen en la sección de Nivel actual de rendimiento académico y desempeño funcional.

OBJETIVOS POS SECUNDARIOS (resultados):
Aquí se deberán registrar los objetivos pos secundarios. Un objetivo debe ser indicado con fines de empleo y otro con fines de educación o capacitación.

EMPLEO (requerido): _____

_____

Los objetivo(s) del IEP relacionados que apoyarán este objetivo pos secundario de empleo aparecerán en la sección de objetivos anuales del IEP.

Las actividades de transición secundaria relacionadas con el empleo, partes responsables, Condiciones del plan de emergencia del IEP y el progreso aparecerán aquí.

EDUCACIÓN:

_____

_____

Los objetivo(s) del IEP relacionados que apoyarán este objetivo pos secundario de educación aparecerán en la sección de objetivos anuales del IEP.

Las actividades de transición secundaria relacionadas con la educación, partes responsables, Condiciones del plan de emergencia del IEP y el progreso aparecerán aquí.

CAPACITACIÓN: _____

_____

Los objetivo(s) del IEP relacionados que apoyarán este objetivo pos secundario de capacitación aparecerán en la sección de objetivos anuales del IEP.

Las actividades de transición secundaria relacionadas con la capacitación, partes responsables, Condiciones del plan de emergencia del IEP y el progreso aparecerán aquí.

VIDA INDEPENDIENTE (si corresponde): _____

_____

_____

Los objetivo(s) del IEP relacionados que apoyarán este objetivo pos secundario de vida independiente aparecerán en la sección de objetivos anuales del IEP.

Las actividades de transición secundaria relacionadas con la vida independiente, partes responsables, Condiciones del plan de emergencia del IEP y el progreso aparecerán aquí.

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ACTIVIDADES DE TRANSICIÓN SECUNDARIA

SERVICIOS/ACTIVIDADES DE TRANSICIÓN:

Los servicios de transición son un conjunto coordinado de actividades para un estudiante con una discapacidad que está diseñado dentro de un proceso orientado a los resultados que facilitará la progresión del estudiante de la escuela a las actividades postsecundarias.

TIPO DE ACTIVIDAD: ◯EMPLEO ◯ ACADÉMICO ◯ ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ◯ VIDA INDEPENDIENTE ◯ TRANSPORTE

_____

_____

Parte responsable:

Identifique el objetivo pos secundario que apoya esta actividad (los servicios/actividades añadidos aquí aparecerán en el IEP debajo del objetivo pos secundario correspondiente):

◯Empleo ◯Educación ◯Capacitación ◯Vida independiente

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia:

¿Se puede implementar esta actividad de transición secundaria como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

◯ SI ◯ NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para esta actividad de transición secundaria: _____

_____

_____

Informe de progreso 1 Fecha_____	Progreso: ◯ Completado ◯ Parcialmente completado ◯ Aún no iniciado ◯ No completado (Motivo: ◯ Elección de la familia ◯ Elección del alumno◯ Horario del alumno ◯ Otro: _____) Actividad de empleo involucrada *(solo para actividades de EMPLEO)*: ◯ Exploración de profesiones ◯ Experiencia de trabajo no remunerado ◯ Experiencia de trabajo remunerado Descripción del progreso: _____
Informe de progreso 2 Fecha_____	Progreso: ◯ Completado ◯ Parcialmente completado ◯ Aún no iniciado ◯ No completado (Motivo: ◯ Elección de la familia ◯ Elección del alumno◯ Horario del alumno ◯ Otro: _____) Actividad de empleo involucrada *(solo para actividades de EMPLEO)*: ◯ Exploración de profesiones ◯ Experiencia de trabajo no remunerado ◯ Experiencia de trabajo remunerado Descripción del progreso: _____
Informe de progreso 3 Fecha_____	Progreso: ◯ Completado ◯ Parcialmente completado ◯ Aún no iniciado ◯ No completado (Motivo: ◯ Elección de la familia ◯ Elección del alumno◯ Horario del alumno ◯ Otro: _____) Actividad de empleo involucrada *(solo para actividades de EMPLEO)*: ◯ Exploración de profesiones ◯ Experiencia de trabajo no remunerado ◯ Experiencia de trabajo remunerado Descripción del progreso: _____
Informe de progreso 4 Fecha_____	Progreso: ◯ Completado ◯ Parcialmente completado ◯ Aún no iniciado ◯ No completado (Motivo: ◯ Elección de la familia ◯ Elección del alumno◯ Horario del alumno ◯ Otro: _____) Actividad de empleo involucrada *(solo para actividades de EMPLEO)*: ◯ Exploración de profesiones ◯ Experiencia de trabajo no remunerado ◯ Experiencia de trabajo remunerado Descripción del progreso: _____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

TRANSICIÓN SECUNDARIA/ESTUDIO

ESTUDIOS:

El alumno está matriculado en los cursos que lo prepararán para una carrera o educación pos secundaria en el grupo de carreras seleccionado a continuación.

- ○ Fabricación avanzada
- ○ Construcción
- ○ Energía y recursos naturales
- ○ Hostelería, eventos y turismo
- ○ Servicio público y seguridad
- ○ Agricultura
- ○ Tecnología digital
- ○ Servicios financieros
- ○ Gestión y Emprendimiento
- ○ Cadena de suministro y transporte
- ○ Artes, entretenimiento y diseño
- ○ Educación
- ○ Servicios de salud y humanos
- ○ Marketing y Ventas

Discusión para apoyar la decisión: _____

_____

Lista de los cursos que toma el alumno que se alinea con los objetivos pos secundarios: _____

_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

VINCULACIÓN DE LA AGENCIA DE TRANSICIÓN SECUNDARIA

VÍNCULO CON LA AGENCIA:

Fecha anual en la que se les proporcionó al estudiante y a los padres una copia de la Guía para familias sobre la planificación de la transición secundaria en Maryland. ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

Agencia de servicios para adultos	Servicios previstos para la transición:	Consentimiento para comunicación firmado:	Consentimiento firmado para la derivación/Estudiante derivado por la LEA a:	Consentimiento firmado para invitar al (a los) representante(s) de la agencia a la reunión del equipo del IEP:	Consentimiento firmado para invitar a representantes de la agencia a la reunión del equipo del IEP:
División de Servicios de Rehabilitación (DORS) ☐ Recibe servicios de transición previos al empleo ☐ Recibe servicios de empleo para estudiantes	◯ Sí, Rehabilitación profesional (VR) ◯ No	◯ Sí: Fecha _____ ◯ No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	◯ Sí: Fecha de consentimiento _____ Fecha de derivación _____ ☐ Servicios de transición previos al empleo (Pre-ETS, en inglés) ☐ Servicios de empleo para estudiantes ◯ No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	◯ Sí: Fecha _____ ◯ No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	◯ Sí: Fecha _____ ◯ No ◯ N/C: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)
Discapacidades del desarrollo Administración (DDA)	◯ Sí ◯ No	◯ Sí: Fecha _____ ◯ No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	Las agencias No tienen un proceso de derivación	◯ Sí: Fecha _____ ◯ No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	◯ Sí: Fecha _____ ◯ No ◯ N/C: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)
Administración de Salud Conductual (BHA)	◯ Sí ◯ No	◯ Sí: Fecha _____ ◯ No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	Las agencias No tienen un proceso de derivación	◯ Sí: Fecha _____ ◯ No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	◯ Sí: Fecha _____ ◯ No ◯ N/C: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)
División de Desarrollo Laboral y Aprendizaje de Adultos del Departamento de Trabajo de Maryland (MLD)	◯ Sí ◯ No	◯ Sí: Fecha _____ ◯ No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	Las agencias No tienen un proceso de derivación	◯ Sí: Fecha _____ ◯ No: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)	◯ Sí: Fecha _____ ◯ No ◯ N/C: (seleccionar el motivo de las opciones a continuación)
Motivos de las decisiones	**Sí:** El estudiante cumple con los criterios iniciales de elegibilidad para la agencia publicados en la *Guía de planificación de transición de Maryland para individuos con discapacidades* **No**: El estudiante no cumple con los criterios de elegibilidad iniciales para la agencia publicados en la *Guía de planificación de transición de Maryland para individuos con discapacidades* (seleccionar un motivo por el que no se prevén los ***servicios para este estudiante*** para todas las columnas restantes para la agencia)	**Sí**: El consentimiento para comunicarse con la agencia fue firmado el _____ (fecha). **NO**: (motivos) 1. ***No se prevén servicios para este estudiante***. 2. El estudiante no está interesado en los servicios de la agencia en este momento. 3. Los padres/el estudiante no devolvieron el formulario de consentimiento. por ende, no se llevó a cabo la remisión 4. Los padres/el estudiante no dieron su consentimiento en el formulario de consentimiento para comunicación/remisión. 5. Los padres/el estudiante han optado por autorremitirse a la DORS (solo DORS) 6. Otro: _____ (documentar motivo)	**Sí**: El consentimiento para la derivación fue firmado el _____ (fecha) y el estudiante fue derivado a DORS el _____ (fecha) **NO**: (motivos) 1. ***No se prevén servicios para este estudiante***. 2. El estudiante no tiene la edad adecuada para ser derivado a la DORS (solo DORS) 3. El estudiante no está interesado en los beneficios de la División de Servicios de Rehabilitación en este momento. 4. Los padres/el estudiante no devolvieron el formulario de consentimiento. por ende, no se llevó a cabo la remisión 5. Los padres/el estudiante no dieron su consentimiento en el formulario de consentimiento para comunicación/remisión. 6. Los padres/el estudiante han optado por autor-remitirse a la DORS 7. Los padres no desean presentar una derivación en este momento. 8. Otro: _____ (documentar motivo)	**Sí**: El consentimiento para la derivación fue firmado el _____ (fecha) y el estudiante fue remitido a la DORS el _____ (fecha) **NO**: (motivos) 1. ***No se prevén servicios para este estudiante*** 2. El estudiante no tiene la edad ni está en el grado adecuado para invitar a un representante de la agencia (DORS, DDA, BHA, MDL). 3. Los padres/el estudiante no devolvieron el formulario de consentimiento. 4. Los padres/el estudiante no dieron su consentimiento para que el representante de la agencia fuera invitado a la reunión. 5. Otro: _____ (documentar motivo)	**Sí**: Representante invitado a la reunión del equipo del IEP y nombrado en el aviso de reunión de fecha _____ (fecha) **No: La LEA no invitó al representante de la agencia.** **N/A**: (motivos) 1. ***No se prevén servicios para este estudiante*** 2. El estudiante no tiene la edad ni está en el grado adecuado para invitar a un representante de la agencia (DORS, DDA, BHA, MDL). 3. Los padres/el estudiante no devolvieron el formulario de consentimiento. 4. Los padres/el estudiante no querían que el representante de DORS fuera invitado a la reunión **(solo DORS)** 5. Los padres/el estudiante no dieron su consentimiento para que el representante de la agencia fuera invitado a la reunión. 6. Otro: _____ (documentar motivo)

Discusión adicional: _____
_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

COMUNICACIÓN (requerido)

¿La comunicación del estudiante se ve afectada por su discapacidad? ◯ SÍ ◯ NO

(En caso afirmativo, describa brevemente cómo se abordarán las necesidades de comunicación en el IEP)._____

_____

¿Tiene el estudiante un medio confiable de comunicación simbólica (por ejemplo, habla, lengua de señas, comunicación aumentativa)? ◯ SÍ ◯ NO

(En caso negativo, describa las metas, los servicios u otros apoyos que se proporcionarán para desarrollar una comunicación efectiva). _____

TECNOLOGÍA DE APOYO (AT, EN INGLÉS) (requerido)

Considerar el (los) dispositivo(s) y servicio(s) de AT que se necesitan para incrementar, mantener o mejorar la capacidad funcional de un alumno con alguna discapacidad.

Decisiones:	Necesita **dispositivos de AT**	Necesita **dispositivos de AT**
◯ El estudiante no necesita dispositivos de AT ni servicios de AT.	No	No
◯ El estudiante no necesita dispositivos de AT, pero sí necesita servicios de AT.	No	Sí Es necesario recopilar datos adicionales con ensayos
◯ El estudiante necesita dispositivos de AT y servicios de AT.	Sí	Sí Los servicios pueden abordar los dispositivos necesarios o es necesario recopilar datos adicionales con ensayos
◯ El estudiante necesita dispositivos de AT, pero no necesita servicios de AT.	Sí	No

Base documental para las decisiones sobre dispositivos de AT, incluida la descripción de los dispositivos: _____

_____

Base documental para las decisiones sobre los servicios de AT, incluida la ejecución de los ensayos: _____

_____

SERVICIO PARA ESTUDIANTES CIEGOS O CON PROBLEMAS DE VISIÓN

¿El estudiante es ciego o tiene impedimentos visuales? ◯ SÍ ◯ NO

En el caso de un alumno ciego o con problemas de visión, proporcionar enseñanza en Braille y el uso de Braille a menos que el equipo del IEP determine, después de evaluar los medios de lectura y escritura del alumno, que la enseñanza con Braille no es apropiada para el alumno.

Fecha de evaluación: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA) ¿Es apropiada la enseñanza en Braille? ◯ SÍ ◯ NO

En el caso de un alumno ciego o con deficiencia visual, proporcione enseñanza de orientación y movilidad (O y M), a menos que el equipo del IEP determine, después de evaluar las necesidades presentes y futuras de transporte del alumno, que la enseñanza de orientación y movilidad no es apropiada para el alumno.

Fecha de evaluación de orientación y movilidad: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA) ¿Es apropiada la enseñanza de orientación y movilidad? ◯ SÍ ◯ NO

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

_____

¿Se proporcionó información a los padres sobre la Escuela para Personas Ciegas de Maryland? ◯ SÍ ◯ NO

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

SERVICIO PARA ESTUDIANTES SORDOS O CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN

¿El estudiante es sordo o tiene impedimentos auditivos? ◯ SÍ ◯ NO En el caso de un alumno sordo o con problemas de audición, considerar las necesidades de lenguaje y de comunicación, oportunidades para comunicaciones directas, nivel académico y gama completa de necesidades, incluyendo enseñanza directa en el modo de lenguaje y de comunicación del alumno.

Documentar la base para la(s) decisión(es):_____

_____

¿Se proporcionó información a los padres sobre la Escuela para Personas Sordas de Maryland? ◯ SÍ ◯ NO

INTERVENCIÓN PARA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

En el caso de un alumno cuya conducta impida el aprendizaje del alumno o de otros, considerar el uso de intervenciones y respaldos de conducta positivos y otros métodos para abordar dicha conducta.

◯ Fecha de la Evaluación de conducta funcional (FBA, en inglés) Fecha de evaluación: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ Plan de intervención para modificación de la conducta (BIP, por sus siglas en inglés) Fecha del BIP actual: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

Restricciones

¿El equipo del IEP ha revisado los datos disponibles para identificar cualquier contraindicación para la utilización de restricciones físicas según los antecedentes médicos del alumno o en traumas anteriores, como la consulta con profesionales médicos o de salud mental según corresponda? _____

_____

Identificar las intervenciones no físicas menos intrusivas que se utilizarán para responder al comportamiento del alumno hasta que se utilice la restricción física en una situación de emergencia. _____

_____

¿El equipo del IEP de la escuela recomienda incluir la restricción física en el IEP o BIP del alumno? ◯ SÍ ◯ NO

¿Los padres aceptan el uso de una restricción como parte del IEP o BIP del alumno?

◯SÍ - Fecha del consentimiento por escrito: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ NO - Fecha de negativa por escrito: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ No se recibió ninguna respuesta dentro de los 15 días hábiles de la fecha de la reunión del equipo del IEP

Aislamiento – Una agencia pública no puede utilizar el aislamiento como intervención de salud conductual con el alumno (2022 HB1255/SB0705).

¿El equipo del IEP considerará la utilización de aislamiento como parte del IEP o BIP del alumno? ◯ SÍ ◯ NO

¿El equipo del IEP ha revisado los datos disponibles para identificar cualquier contraindicación para la utilización aislamiento según los antecedentes médicos del alumno o en traumas anteriores, como la consulta con profesionales médicos o de salud mental según corresponda? _____

_____

Identificar las intervenciones no físicas menos intrusivas que se utilizarán para responder al comportamiento del alumno hasta que se utilice el aislamiento en una situación de emergencia. _____

_____

¿El equipo del IEP de la escuela recomienda incluir el aislamiento en el IEP o BIP del alumno? ◯ SÍ ◯ NO

¿Los padres autorizan el uso de aislamiento como parte del IEP o BIP del alumno?

◯ SÍ - Fecha de consentimiento por escrito: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ ◯ NO - Fecha de negativa por escrito: ☐☐•☐☐•☐☐☐☐

◯ No se recibió ninguna respuesta dentro de los 15 días hábiles de la fecha de la reunión del equipo del IEP

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

SERVICIO PARA ESTUDIANTES MULTILINGÜES

En el caso de un estudiante multilingüe, considere sus necesidades lingüísticas, ya que tales necesidades se relacionan con el IEP del estudiante.

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

_____

_____

_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y CARACTERÍSTICAS DE ACCESIBILIDAD A LA EVALUACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE ACCESIBILIDAD *Los equipos del Programa Educativo Individualizado (IEP, en inglés) deben primero identificar las características de accesibilidad que el estudiante utiliza habitualmente durante la enseñanza diaria y las evaluaciones en el aula y, a continuación, basándose en las directrices de MAAAM, determinar qué apoyos son permisibles, necesarios y apropiados para las evaluaciones estatales y distritales a fin de garantizar un acceso equitativo, mientras se mantiene el cumplimiento de los requisitos de evaluación estatales y distritales.*	**Instrucción**	**MCAP (Matemáticas, Ciencias, Ciencias Sociales)**	**MCAP (Lengua y Literatura Inglesas)**	**MISA de Ciencias Biológicas**	**Gobierno**	**MISA Alt (DLM)**	**MAD para ELA y Matemática**	**ACCESS para ELL**	**ACCESS kínder para ELL**	**ACCESS alt para ELL**	**NAEP**
1a: Ocultar las respuestas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
1b: Amplificación de audio	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1c: Marcador (marcar la consigna para su revisión)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	N/C	N/C	N/C	Sí
1d: Contraste de colores (fondo/color de la letra)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1e: Papel borrador en blanco	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1f: Eliminar las opciones de respuesta	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
1g: Aclaración de instrucciones generales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1h: Lectura en voz alta de las instrucciones generales y repeticiones cuando sea necesario	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1i: Herramienta para resaltar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
1j: Audífonos o amortiguadores de sonido	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1k: Herramienta para leer renglones y ocultar texto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
1l: Dispositivo de aumento/ampliación	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1m: Bloc de notas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No
1n: Glosario emergente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	N/C	N/C	N/C	No
1o: Reorientar al estudiante	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
1p: Corrector ortográfico o dispositivo externo de verificación ortográfica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
1q: El estudiante lee contenido en voz alta para sí mismo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
1r: Conversión de texto a voz para las evaluaciones de Matemáticas, Ciencias y Ciencias Sociales (disponible solo en inglés)	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	No
1s: Lector humano o intérprete de señas para las evaluaciones de Matemáticas, Ciencias y Ciencias Sociales (lector humano disponible en inglés y en español)	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	No
1t: Herramientas de escritura	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
1u: Organizador gráfico	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
1v: Materiales de audio	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
1w: Evaluación en la computadora, versión en español	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
1x: Audífonos con Bluetooth	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
1y: Dispositivo electrónico con fines médicos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Esto refleja las características y adaptaciones permitidas en nuestros programas de prueba actuales. Consulte el Manual del administrador de pruebas para obtener la información más actualizada.

* Consulte las directrices específicas de la evaluación para obtener información detallada. 1t[1]: No disponible para la parte oral

Discusión para apoyar la decisión: _____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y CARACTERÍSTICAS DE ACCESIBILIDAD A LA EVALUACIÓN

CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS PARA TODOS LOS ESTUDIANTES *Los equipos del Programa Educativo Individualizado (IEP) deben primero identificar las consideraciones administrativas que el estudiante utiliza habitualmente durante la enseñanza diaria y las evaluaciones en el aula y, luego, basándose en las directrices de MAAAM, determinar qué apoyos son permisibles, necesarios y apropiados para las evaluaciones estatales y distritales a fin de garantizar un acceso equitativo, mientras se mantiene el cumplimiento de los requisitos de evaluación estatales y distritales.*	**Instrucción**	**MCAP (Matemáticas, Ciencias, Ciencias Sociales)**	**MCAP (Lengua y Literatura Inglesas)**	**MISA de Ciencias Biológicas**	**Gobierno**	**MISA Alt (DLM)**	**MAD para ELA y Matemática**	**ACCESS para ELL**	**ACCESS kínder para ELL**	**ACCESS alt para ELL**	**NAEP**
2a: Grupo reducido	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2b: Hora del día	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2c: Lugar separado o alternativo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2d: Área o entorno específico	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2e: Equipamiento o mobiliario adaptado o especializado	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2f: Descansos frecuentes	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2g: Reducir las distracciones a sí mismo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2h: Reducir las distracciones a los demás	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2k: Adaptaciones administrativas especiales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2k: Característica de accesibilidad única	Sí	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Esto refleja las características y adaptaciones permitidas en nuestros programas de prueba actuales. Consulte el Manual del administrador de pruebas para obtener la información más actualizada.

* Presentar las solicitudes de adaptaciones especiales ante el MSDE.

Discusión para apoyar la decisión:

_____

_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y AYUDAS DURANTE LAS EVALUACIONES

ADAPTACIONES DE PRESENTACIÓN PARA ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES *Los equipos del Programa Educativo Individualizado (IEP) deben primero identificar las adaptaciones de presentación que el estudiante utiliza habitualmente durante la enseñanza diaria y las evaluaciones en el aula y, luego, basándose en las directrices de MAAAM, determinar qué apoyos son permisibles, necesarios y apropiados para las evaluaciones estatales y distritales a fin de garantizar un acceso equitativo, mientras se mantiene el cumplimiento de los requisitos de evaluación estatales y distritales.*	**Instrucción**	**MCAP (Matemáticas, Ciencias, Ciencias Sociales)**	**MCAP (Lengua y Literatura Inglesas)**	**MISA de Ciencias Biológicas**	**Gobierno**	**MISA Alt (DLM)**	**MAD para ELA y Matemática**	**ACCESS para ELL**	**ACCESS kínder para ELL**	**ACCESS alt para ELL**	**NAEP**
3a: Tecnología de asistencia para presentaciones (sin lector de pantalla)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3b: Versión de lector de pantalla	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	N/C	N/C	N/C	Sí	Sí
3c: Pantalla en braille actualizable	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3d: Copia impresa, edición en braille	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3e: Gráficos táctiles	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	N/C	No
3f: Edición en letra grande (disponible en inglés o en español)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
3g: Edición en papel (prueba en papel) (disponible en inglés y en español)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
3h: Subtitulado de contenido multimedia	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	No
3i: Conversión de texto a voz para las evaluaciones de Lengua y Literatura Inglesas/Alfabetización	Sí	N/C	Sí	N/C	N/C	N/C	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
3j: Video en ASL para Lengua y Literatura Inglesas	Sí	N/C	Sí	N/C	N/C	No	No	N/C	N/C	N/C	N/C	No
3k: Lector humano/intérprete de señas para Lengua y Literatura Inglesas	Sí	N/C	Sí	N/C	N/C	Sí	Sí	No	No	No	No	No
3l: Video en ASL para Matemáticas, Ciencias y Ciencias Sociales	Sí	Sí	N/C	Sí	Sí	No	No	N/C	N/C	N/C	N/C	No
3m: Intérprete de señas para las instrucciones de las pruebas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3n: Control manual de audio	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	Sí	N/C	N/C	N/C	Sí
3o: Repetición de la consigna con audio	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	Sí	N/C	N/C	N/C	Sí
3p: Notas y esquemas	Sí	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
3q: Adaptaciones de presentación especiales	Sí	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Esto refleja las características y adaptaciones permitidas en nuestros programas de prueba actuales. Consulte el Manual del administrador de pruebas para obtener la información más actualizada.

* Presentar las solicitudes de adaptaciones especiales ante el MSDE.
3i, 3j, 3k Debe completarse el Anexo D.

Discusión para apoyar la decisión:

_____

_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y AYUDAS DURANTE LAS EVALUACIONES

ADAPTACIONES DE RESPUESTA *Los equipos del Programa Educativo Individualizado (IEP) deben primero identificar las adaptaciones de respuesta que el estudiante utiliza habitualmente durante la enseñanza diaria y las evaluaciones en el aula y, luego, basándose en las directrices de MAAAM, determinar qué apoyos son permisibles, necesarios y apropiados para las evaluaciones estatales y distritales a fin de garantizar un acceso equitativo, mientras se mantiene el cumplimiento de los requisitos de evaluación estatales y distritales.*	**Enseñanza**	**MCAP (Matemáticas, Ciencias, Ciencias Sociales)**	**MCAP (Lengua y Literatura Inglesas)**	**MISA de Ciencias Biológicas**	**Gobierno**	**MISA alternativa (DLM)**	**Lengua y Literatura Inglesas y Matemática con DLM**	**ACCESS para estudiantes de inglés**	**ACCESS para estudiantes de inglés de jardín de infantes**	**ACCESS alternativa para estudiantes de inglés**	**NAEP**
4a: Tecnología de apoyo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4b: Anotaciones en braille	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4c: Máquina de escribir en braille	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4d: Herramientas matemáticas/Dispositivos especiales de cálculo en las secciones de calculadora de las evaluaciones de matemáticas y ciencias	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	N/C	Sí	N/C	N/C	N/C	Sí
4e: Herramientas matemáticas/Calculadora en secciones sin calculadora de las evaluaciones de matemáticas	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	N/C	Sí	N/C	N/C	N/C	Sí
4f: Voz a texto (dictado)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	N/C	N/C	N/C	No
4g: Respuesta de un escribiente humano	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	No
4h: Respuesta de un intérprete de señas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
4i: Supervisar las respuestas en las pruebas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
4j: Dispositivo externo de predicción de palabras	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
4k: Respuestas registradas en el cuaderno de pruebas (para estudiantes que realizan una evaluación en papel)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	Sí	Sí	Sí	No
4l: Dispositivo de grabación	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
4m: Exploración asistida por un compañero	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	No
4n: Adaptaciones de respuesta especiales	Sí	*	*	*	*	*	*	*	*	*	No

Esto refleja las características y adaptaciones admisibles en nuestros programas de evaluación actuales. Consulte el Manual para administradores de pruebas para obtener la información más actualizada.

* Presentar las solicitudes de adaptaciones especiales ante el MSDE.

Debate para respaldar la decisión:

_____

_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ARREGLOS DE ENSEÑANZA Y AYUDAS DURANTE LAS EVALUACIONES

ADAPTACIONES DE PLAZOS Y HORARIOS *Los equipos del Programa Educativo Individualizado (IEP) deben primero identificar las adaptaciones de tiempo que el estudiante utiliza habitualmente durante la enseñanza diaria y las evaluaciones en el aula y, luego, basándose en las directrices de MAAAM, determinar qué apoyos son permisibles, necesarios y apropiados para las evaluaciones estatales y distritales a fin de garantizar un acceso equitativo, mientras se mantiene el cumplimiento de los requisitos de evaluación estatales y distritales.*	**Instrucción**	**MCAP (Matemáticas, Ciencias, Ciencias Sociales)**	**MCAP (Lengua y Literatura Inglesas)**	**MISA de Ciencias Biológicas**	**Gobierno**	**MISA Alt (DLM)**	**MAD para ELA y Matemática**	**ACCESS para ELL**	**ACCESS kínder para ELL**	**ACCESS alt para ELL**	**NAEP**
5a: Tiempo extendido ◯ 1.5 veces ◯ 2 veces ◯ Otro: _____	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	Sí
5b: Adaptaciones de plazos y horarios especiales	Sí	*	*	*	*	*	*	*	*	*	No

Esto refleja las características y adaptaciones permitidas en nuestros programas de prueba actuales. Consulte el Manual del administrador de pruebas para obtener la información más actualizada.

* Consulte las directrices específicas de la evaluación para obtener información detallada.

Discusión para apoyar la decisión:

_____

_____

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia:

¿Se pueden implementar adaptaciones de instrucción y evaluación como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

◯SI ◯ NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para las adaptaciones educativas y evaluación existentes: _____

_____

_____

◯ Se consideraron los arreglos de enseñanza y de pruebas y en este momento no se requieren arreglos de enseñanza y de pruebas.

Discusión para apoyar la decisión: _____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

◯ Apoyo(s) a la enseñanza

Naturaleza del servicio	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Principal, ◯ = Otros
◯ Permita el uso de marcadores de texto durante la enseñanza y en los deberes ◯ Permita el uso de material didáctico manipulable ◯ Permita el uso de ayudas organizativas ◯ Verifique la comprensión ◯ Retroalimentación frecuente y/o inmediata ◯ Pida a los alumnos que repitan y/o parafraseen la información ◯ Limite la cantidad de información escrita en la pizarra ◯ Controle el trabajo individual ◯ Parafrasee las preguntas e instrucciones ◯ Organice el trabajo/la clase por parejas ◯ Calendario con dibujos ◯ Busque alternativas diferentes para que los alumnos demuestren su aprendizaje ◯ Brinde ayuda de manera organizada ◯ Organice paquetes de material/libros escolares para llevar a casa ◯ Organice una lista de control de pruebas ◯ Entregue a los alumnos una copia de los apuntes del maestro/alumno ◯ Repita las instrucciones ◯ Use un banco de palabras para reforzar el vocabulario y/o cuando deban escribir textos largos ◯ Otro: _____	Frecuencia prevista ◯ Diario ◯ Semanal ◯ Mensual ◯ Anual ◯ Sólo una vez ◯ Periódicamente ◯ Trimestral ◯ Semestral ◯ Otro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista en orientación y movilidad Ⓟ ◯ Patólogo de lenguaje Ⓟ ◯ Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva _____ Ⓟ ◯ Equipo del IEP Ⓟ ◯ Profesor de alumnos con problemas de visión Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Personal de asistencia al alumnado Ⓟ ◯ Maestro de educación física Ⓟ ◯ Personal de servicios de rehabilitación Ⓟ ◯ Maestro de educación general Ⓟ ◯ Maestro de carrera y tecnología Ⓟ ◯ Departamento de Servicios Sociales (DSS) Ⓟ ◯ Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) Ⓟ ◯ Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) _____ Ⓟ ◯ Terapia física Ⓟ ◯ División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) Ⓟ ◯ Otra agencia_____ Ⓟ ◯ Asistente de terapia del lenguaje Ⓟ ◯ Maestro de grupo de educación especial Ⓟ ◯ Otro proveedor de servicios_____ Ⓟ ◯ Enfermera Ⓟ ◯ Audiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Asistente de enseñanza Ⓟ ◯ Terapeuta físico Ⓟ ◯ Maestro en el hogar Ⓟ ◯ Consejero escolar Ⓟ ◯ Trabajador social de la escuela Ⓟ ◯ Terapeuta recreacional Ⓟ ◯ Asistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Asistente Terapéutico de Conducta

Discusión para apoyar la decisión: _____
_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

◯ Modificación(es) al programa

Naturaleza del servicio	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Principal, ◯ = Otros
◯ Deberes cambiados/modificados ◯ Dividir los deberes en unidades más cortas ◯ Fragmentación de los textos ◯ Cuando sea posible, quite la información innecesaria de los deberes y evaluaciones ◯ Limite el tiempo necesario para leer ◯ Contenido modificado ◯ Sistema de evaluación modificado ◯ Exámenes con el libro abierto ◯ Exámenes orales ◯ Reduzca el número de opciones de respuesta ◯ Exámenes más cortos ◯ Cuando sea posible, elimine las preguntas que incluyan "excepto" y "no" ◯ Revise el formato de la prueba (es decir, menos preguntas, preguntas de completar) ◯ Cuando sea posible, divida las preguntas largas en varios enunciados con viñetas ◯ Estructura de la oración, vocabulario y gráficas en los deberes y evaluaciones simplificados ◯ Cuando sea posible, use dibujos para facilitar la lectura de pasajes ◯ Otro: _____	Frecuencia prevista ◯ Diario ◯ Semanal ◯ Mensual ◯ Anual ◯ Sólo una vez ◯ Periódicamente ◯ Trimestral ◯ Semestral ◯ Otro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista en orientación y movilidad Ⓟ ◯ Patólogo de lenguaje Ⓟ ◯ Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva _____ Ⓟ ◯ Equipo del IEP Ⓟ ◯ Profesor de alumnos con problemas de visión Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Personal de asistencia al alumnado Ⓟ ◯ Maestro de educación física Ⓟ ◯ Personal de servicios de rehabilitación Ⓟ ◯ Maestro de educación general Ⓟ ◯ Maestro de carrera y tecnología Ⓟ ◯ Departamento de Servicios Sociales (DSS) Ⓟ ◯ Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) Ⓟ ◯ Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) _____ Ⓟ ◯ Terapia física Ⓟ ◯ División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) Ⓟ ◯ Otra agencia_____ Ⓟ ◯ Asistente de terapia del lenguaje Ⓟ ◯ Maestro de grupo de educación especial Ⓟ ◯ Otro proveedor de servicios_____ Ⓟ ◯ Enfermera Ⓟ ◯ Audiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Asistente de enseñanza Ⓟ ◯ Terapeuta físico Ⓟ ◯ Maestro en el hogar Ⓟ ◯ Consejero escolar Ⓟ ◯ Trabajador social de la escuela Ⓟ ◯ Terapeuta recreacional Ⓟ ◯ Asistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Asistente Terapéutico de Conducta

Discusión para apoyar la decisión: _____
_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

◯ Apoyo en el aspecto social y/o de comportamiento

Naturaleza del servicio		Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Principal, ◯ = Otros
◯ Apoyo al adulto ◯ Preparación anticipada para cambios de horario ◯ Capacitación en el manejo de la ira ◯ Verifique la comprensión ◯ Intervención en crisis ◯ Anime al alumno a pedir ayuda cuando la necesite ◯ Estimule/refuerce el comportamiento apropiado en el entorno académico y no académico ◯ Contacto visual frecuente / manejo del espacio ◯ Recordatorio constante de las normas ◯ Sistema de comunicación escuela-hogar ◯ Implementación de compromisos de buen comportamiento	◯ Controle el uso de la agenda y/o el informe de progreso académico ◯ Cambie con frecuencia las actividades y prepare actividades que involucren movimiento ◯ Provea elementos didácticos manipulables y/o actividades sensoriales para promover las habilidades de escucha y concentración ◯ Destine un tiempo para la organización del material ◯ Refuerce el comportamiento positivo ya sea de manera verbal o no verbal ◯ Enseñanza de habilidades sociales ◯ Estrategias para captar y mantener la atención ◯ Uso de refuerzos positivos/ concretos ◯Otro: _____	Frecuencia prevista ◯ Diario ◯ Semanal ◯ Mensual ◯ Anual ◯ Sólo una vez ◯ Periódicamente ◯ Trimestral ◯ Semestral ◯ Otro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista en orientación y movilidad Ⓟ ◯ Patólogo de lenguaje Ⓟ ◯ Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva _____ Ⓟ ◯ Equipo del IEP Ⓟ ◯ Profesor de alumnos con problemas de visión Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Personal de asistencia al alumnado Ⓟ ◯ Maestro de educación física Ⓟ ◯ Personal de servicios de rehabilitación Ⓟ ◯ Maestro de educación general Ⓟ ◯ Maestro de carrera y tecnología Ⓟ ◯ Departamento de Servicios Sociales (DSS) Ⓟ ◯ Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) Ⓟ ◯ Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) _____ Ⓟ ◯ Terapia física Ⓟ ◯ División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) Ⓟ ◯ Otra agencia_____ Ⓟ ◯ Asistente de terapia del lenguaje Ⓟ ◯ Maestro de grupo de educación especial Ⓟ ◯ Otro proveedor de servicios_____ Ⓟ ◯ Enfermera Ⓟ ◯ Audiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Asistente de enseñanza Ⓟ ◯ Terapeuta físico Ⓟ ◯ Maestro en el hogar Ⓟ ◯ Consejero escolar Ⓟ ◯ Trabajador social de la escuela Ⓟ ◯ Terapeuta recreacional Ⓟ ◯ Asistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Asistente Terapéutico de Conducta

Discusión para apoyar la decisión: _____
_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

◯ Soporte(s) físicos/del entorno

Naturaleza del servicio	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ= Primario, ◯= Otro
◯ Acceso al ascensor ◯ Equipo adaptable ◯ Utensilios de alimentación adaptables ◯ Modificaciones a los estímulos sensoriales (es decir, luz, sonido) ◯ Dedique un tiempo adicional para desplazamiento entre clases ◯ Ayudas ambientales (es decir, acústica, temperatura y ventilación del aula de clases) ◯ Ubicación preferencial del armario ◯ Asientos preferenciales ◯ Reduzca la cantidad de tareas en las que utilicen papel/lápiz ◯ Control de los estímulos sensoriales ◯Calendario con dibujos ◯ Otro: _____	Frecuencia prevista ◯ Diario ◯ Semanal ◯ Mensual ◯ Anual ◯ Sólo una vez ◯ Periódicamente ◯ Trimestral ◯ Semestral ◯ Otro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista en orientación y movilidad Ⓟ ◯ Patólogo de lenguaje Ⓟ ◯ Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva _____ Ⓟ ◯ Equipo del IEP Ⓟ ◯ Profesor de alumnos con problemas de visión Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Personal de asistencia al alumnado Ⓟ ◯ Maestro de educación física Ⓟ ◯ Personal de servicios de rehabilitación Ⓟ ◯ Maestro de educación general Ⓟ ◯ Maestro de carrera y tecnología Ⓟ ◯ Departamento de Servicios Sociales (DSS) Ⓟ ◯ Asistente de terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Administración de salud del comportamiento (BHA, en iglés) Ⓟ ◯ Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) _____ Ⓟ ◯ Terapia física Ⓟ ◯ División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) Ⓟ ◯ Otra agencia_____ Ⓟ ◯ Maestro de grupo de educación especial Ⓟ ◯ Otro proveedor de servicios_____ Ⓟ ◯ Enfermera Ⓟ ◯ Audiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Asistente de enseñanza Ⓟ ◯ Terapeuta físico Ⓟ ◯ Maestro en el hogar Ⓟ ◯ Consejero escolar Ⓟ ◯ Trabajador social de la escuela Ⓟ ◯ Terapeuta recreacional Ⓟ ◯ Asistente de terapia del lenguaje Ⓟ ◯ Asistente Terapéutico de Conducta

Especifique ubicación y modo: _____

_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

AYUDAS, SERVICIOS, MODIFICACIONES AL PROGRAMA Y APOYOS SUPLEMENTARIOS

◯ Apoyo para el personal de la escuela/los padres

Naturaleza del servicio	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ= Primario, ◯= Otro
◯ Consulta sobre la AT ◯ Consulta con el audiólogo ◯ Consulta sobre la enseñanza en el aula ◯ Coordinación de los servicios de apoyo para prevención de e intervención en crisis ◯ Apoyo de proveedores extracurriculares/no académicos ◯ Consulta de audición ◯ Consulta con el terapeuta ocupacional ◯ Consulta sobre orientación y movilidad ◯ Asesoría y/o capacitación a padres ◯ Consulta sobre educación física ◯ Consulta sobre terapia física ◯ Consulta con el psicólogo ◯ Consulta sobre la salud escolar ◯ Consulta con la trabajadora social ◯ Consulta con el patólogo del lenguaje ◯ Capacitación del personal ◯ Capacitación para viajes ◯ Consulta de la vista ◯ Otra: _____	Frecuencia prevista ◯ Diario ◯ Semanal ◯ Mensual ◯ Anual ◯ Sólo una vez ◯ Periódicamente ◯ Trimestral ◯ Semestral ◯ Otro _____	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista en orientación y movilidad Ⓟ ◯ Patólogo de lenguaje Ⓟ ◯ Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva _____ Ⓟ ◯ Equipo del IEP Ⓟ ◯ Profesor de alumnos con problemas de visión Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Personal de asistencia al alumnado Ⓟ ◯ Maestro de educación física Ⓟ ◯ Personal de servicios de rehabilitación Ⓟ ◯ Maestro de educación general Ⓟ ◯ Maestro de carrera y tecnología Ⓟ ◯ Departamento de Servicios Sociales (DSS) Ⓟ ◯ Asistente de Terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) _____ Ⓟ ◯ Terapia física Ⓟ ◯ División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) Ⓟ ◯ Otra agencia_____ Ⓟ ◯ Maestro de grupo de educación especial Ⓟ ◯ Otro proveedor de servicios_____ Ⓟ ◯ Enfermera Ⓟ ◯ Audiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Asistente de enseñanza Ⓟ ◯ Terapeuta físico Ⓟ ◯ Maestro en el hogar Ⓟ ◯ Consejero escolar Ⓟ ◯ Trabajador social de la escuela Ⓟ ◯ Terapeuta recreacional Ⓟ ◯ Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) Ⓟ ◯ Asistente de terapia del lenguaje Ⓟ ◯ Asistente Terapéutico de Conducta

Identifique el/las área(s) del IEP respaldadas por la capacitación/consulta:

☐ Meta(s) y objetivos (intervenciones y estrategias basadas en la evidencia)
☐Adaptaciones
☐Ayudas, servicios, modificaciones de programas y respaldos adicionales
☐Educación especial/Servicios relacionados

Especifique tema(s) participante(s) ubicación y modo: _____

_____

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

_____

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia:

¿Se pueden implementar ayudas, servicios, modificaciones del programa y respaldos adicionales como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela durante 10 días o más?

◯SI ◯ NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para las ayudas, servicios, modificaciones del programa y respaldos adicionales:_____

_____

Se consideraron ayudas, servicios, modificaciones al programa y apoyos suplementarios, y no se necesita ninguno en este momento. ◯ SÍ ◯ NO

Discusión para apoyar la decisión: _____

_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY, EN INGLÉS)

El equipo del IEP deberá determinar si alguno de los siguientes factores obstaculizará de manera importante la capacidad del estudiante para recibir algún beneficio de su programa educativo durante el año escolar regular, si no recibe servicios de ESY. Los servicios de ESY son la extensión individualizada de educación especial específica y servicios relacionados que se proporcionan más allá del año escolar regular de la agencia pública, de acuerdo con el IEP, sin costo alguno para los padres.

◯Decisión diferida de ESY

Cuando se considere el ESY, responda SÍ o NO y documentar la decisión:

1. ¿El IEP del alumno incluye objetivos anuales relacionados con habilidades prácticas críticas? ◯ SÍ ◯ NO

   Discusión para apoyar la decisión: _____

   _____

   1a. ¿Existe la posibilidad de una regresión sustancial en las habilidades prácticas críticas ocasionada por la interrupción normal de la escuela, así como de no poder recuperar dichas habilidades en un tiempo razonable? ◯ SÍ ◯ NO

   Discusión para apoyar la decisión: _____

   _____

   1b. ¿Demuestra el alumno un grado de progreso hacia el dominio de los objetivos del IEP relacionado con las habilidades prácticas críticas? ◯ SÍ ◯ NO

   Discusión para apoyar la decisión: _____

   _____

2. ¿Existe la presencia de habilidades emergentes o de oportunidades de grandes avances? ◯ SÍ ◯ NO

   Discusión para apoyar la decisión: _____

   _____

3. ¿Existen conductas importantes que interfieran? ◯ SÍ ◯ NO

   Discusión para apoyar la decisión: _____

   _____

4. ¿La naturaleza y la gravedad de la discapacidad justifican el ESY? ◯ SÍ ◯ NO

   Discusión para apoyar la decisión: _____

   _____

5. ¿Existen otras circunstancias especiales que requieran un ESY? ◯ SÍ ◯ NO

   Discusión para apoyar la decisión: _____

   _____

Después de considerar todas las preguntas anteriores, ¿se obstaculizarán de manera importante los beneficios que recibe el alumno de su programa educativo durante el año escolar regular si el alumno no recibe un ESY? ◯ SÍ, el alumno es elegible para recibir servicios de ESY. Fecha de decisión del ESY: _____
◯ NO, el alumno no es elegible para recibir servicios de ESY.

Documentar la base para la(s) decisión(es): _____

_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

OBJETIVO _____

¿Este objetivo apoya el objetivo de transición pos secundaria?
Si es así, identifique: ☐Empleo ☐Educación ☐Capacitación ☐Vida independiente

Objetivo (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios):_____

_____

Plazo: antes del ☐☐•☐☐•☐☐☐☐ (MM•DD•AAAA)

Método de medición (Seleccione todos los que correspondan): ☐ PROCEDIMIENTOS INFORMALES -(Herramienta/Método utilizado) _____ ☐ EVALUACIÓN EN CLASE - (Herramienta/Método utilizado) _____

☐ REGISTRO DE OBSERVACIONES ☐ EVALUACIÓN NORMALIZADA - (Herramienta/Método utilizado) _____ ☐ EVALUACIÓN DEL PORTAFOLIO ☐ OTROS _____

Criterios (Dominio): Con _____ ☐ % de exactitud ☐ % de disminución ☐ % de aumento ☐ otros_____

Criterios (Retención): En ☐ ____ de un total de ____ intentos ☐ ____ de un total de ____ tareas ☐ ____ de un total de ____ observaciones ☐ ____ de un total de ____ oportunidades ☐ ____ de un total de ____ ocurrencias ☐ otro____

¿Objetivo de ESY? ◯ SÍ ◯ NO ¿Se trata de una meta para reducir la brecha? ◯ SÍ ◯ NO

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia: ¿Se puede implementar este objetivo como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

◯ SÍ ◯ NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios en las adaptaciones educativas y de evaluación existentes: _____

Objetivo 1 (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____

_____

Objetivo 2 (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____

_____

Objetivo 3 (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____

_____

Objetivo 4: (Incluya condiciones, comportamiento, plazo, método de medición y criterios): _____

_____

Informe hacia el objetivo	
Informe de progreso 1 Fecha_____	Código de progreso: ◯ Alcanzado ◯ Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo ◯ Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento ◯ Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (el equipo del IEP necesita reunirse para abordar el progreso insuficiente) ◯ Sin presentar Descripción del progreso: _____
Informe de progreso 2 Fecha_____	Código de progreso: ◯ Alcanzado ◯ Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo ◯ Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento ◯ Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (El equipo del IEP debe reunirse para abordar el progreso insuficiente) ◯ Sin presentar Descripción del progreso: _____
Informe de progreso 3 Fecha_____	Código de progreso: ◯ Alcanzado ◯ Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo ◯ Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento ◯ Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (El equipo del IEP debe reunirse para abordar el progreso insuficiente) ◯ Sin presentar Descripción del progreso: _____
Informe de progreso 4 Fecha_____	Código de progreso: ◯ Alcanzado ◯ Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo ◯ Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento ◯ Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (El equipo del IEP debe reunirse para abordar el progreso insuficiente) ◯ Sin presentar Descripción del progreso: _____
Informe de progreso 5 Fecha_____	Código de progreso: ◯ Alcanzado ◯ Con progreso suficiente para alcanzar el objetivo ◯ Nueva destreza; no se puede medir el progreso en este momento ◯ Sin tener el progreso suficiente para alcanzar el objetivo (El equipo del IEP debe reunirse para abordar el progreso insuficiente) ◯ Sin presentar Descripción del progreso: _____

¿Cómo se informará a los padres el progreso del estudiante hacia la consecución de las metas del IEP? _____

¿Con qué frecuencia? ☐ SEMANAL ☐ CADA DOS SEMANAS ☐ MENSUAL ☐ MIENTRAS TANTO ☐ TRIMESTRAL ☐ FINAL DEL PERIODO DE MARCAS ☐ OTROS _____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

SERVICIOS

◯ SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ= Principal, ◯ = Otros	Resumen del servicio
◯ Enseñanza en clase (identificar el número de sesiones por enseñanza en clase es opcional) ◯ Educación física ◯ Terapia de lenguaje ◯ Capacitación para viajes	◯ En educación general ◯ Fuera de educación general	Número de sesiones ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Otros ____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia ◯ Diario ◯ Semanal ◯ Mensual ◯ Anual ◯ Sólo una vez ◯ Trimestral ◯ Semi-anual	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____semanas	Ⓟ◯ Especialista en orientación y movilidad Ⓟ◯ Patólogo de lenguaje Ⓟ◯ Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva Ⓟ◯ Profesor de alumnos con problemas de visión Ⓟ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ◯ Personal de asistencia al alumnado Ⓟ◯ Maestro de educación física Ⓟ◯ Personal de servicios de rehabilitación Ⓟ◯ Maestro de educación general Ⓟ◯ Maestro de carrera y tecnología Ⓟ◯ Departamento de Servicios Sociales (DSS) Ⓟ◯ Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) Ⓟ◯ Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) Ⓟ◯ División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) Ⓟ◯ Otra agencia_____ Ⓟ◯ Maestro de grupo de educación especial Ⓟ◯ Otro proveedor de servicios_____ Ⓟ◯ Consejero profesional clínico licenciado Ⓟ◯ Audiólogo Ⓟ◯ Psicólogo Ⓟ◯ Equipo del IEP Ⓟ◯ Intérprete Ⓟ◯ Asistente de enseñanza Ⓟ◯ Terapeuta físico Ⓟ◯ Maestro en el hogar Ⓟ◯ Consejero escolar Ⓟ◯ Trabajador social de la escuela Ⓟ◯ Terapeuta recreacional Ⓟ◯ Asistente de terapia Ocupacional Ⓟ◯ Asistente de terapia física Ⓟ◯ Asistente de terapia del lenguaje Ⓟ◯ Asistente Terapéutico de Conducta	Tiempo total del servicio: ◯ semanal ◯ mensual ◯ anual ____Hrs. ____Min.
Naturaleza del servicio ESY	**Ubicación del ESY**	**Descripción de los servicios ESY**			**Fecha de inicio del ESY**	**Fecha de terminación del ESY**	**Proveedor(es) del ESY** Ⓟ = Principal, ◯ = Otros	**Resumen del servicio**
◯ Enseñanza en clase (identificar el número de sesiones por enseñanza en clase es opcional) ◯ Educación física ◯ Terapia de lenguaje ◯ Capacitación para viajes	◯ En educación general ◯ Fuera de educación general	Número de sesiones ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Otros ____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia ◯ Diario ◯ Semanal ◯ Mensual ◯ Anual ◯ Sólo una vez ◯ Trimestral ◯ Semi-anual	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____semanas	Ⓟ◯ Especialista en orientación y movilidad Ⓟ◯ Patólogo de lenguaje Ⓟ◯ Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva Ⓟ◯ Profesor de alumnos con problemas de visión Ⓟ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ◯ Personal de asistencia al alumnado Ⓟ◯ Maestro de educación física Ⓟ◯ Personal de servicios de rehabilitación Ⓟ◯ Maestro de educación general Ⓟ◯ Maestro de carrera y tecnología Ⓟ◯ Departamento de Servicios Sociales (DSS) Ⓟ◯ Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) Ⓟ◯ Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) Ⓟ◯ División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) Ⓟ◯ Otra agencia_____ Ⓟ◯ Maestro de grupo de educación especial Ⓟ◯ Otro proveedor de servicios_____ Ⓟ◯ Consejero profesional clínico licenciado Ⓟ◯ Audiólogo Ⓟ◯ Psicólogo Ⓟ◯ Equipo del IEP Ⓟ◯ Intérprete Ⓟ◯ Asistente de enseñanza Ⓟ◯ Terapeuta físico Ⓟ◯ Maestro en el hogar Ⓟ◯ Consejero escolar Ⓟ◯ Trabajador social de la escuela Ⓟ◯ Terapeuta recreacional Ⓟ◯ Asistente de Terapia Ocupacional Ⓟ◯ Asistente de terapia física Ⓟ◯ Asistente de terapia del lenguaje Ⓟ◯ Asistente Terapéutico de Conducta	Tiempo total del servicio: ◯ semanal ◯ mensual ◯ anual ____Hrs. ____Min.

Discusión de la entrega del (los) servicio(s):

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia: ¿Se puede implementar este servicio/servicio ESY como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

◯SI ◯ NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para este servicio/servicio ESY: _____

_____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

SERVICIOS

◯ SERVICIOS RELACIONADOS

Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ= Principal, ◯ = Otros	Resumen del servicio
◯ Servicios audiológicos ◯ Servicios psicológicos ◯ Terapia ocupacional ◯ Terapia física ◯ Recreación ◯ Identificación y evaluación tempranas ◯ Servicios de asesoría ◯ Servicios de salud escolar ◯ Servicios de trabajo social ◯ Asesoría y capacitación a padres ◯ Asesoría de rehabilitación ◯ Servicio de orientación y capacitación para movilización ◯ Servicios médicos (diagnóstico y evaluación) ◯ Otras terapias _____ ◯ Servicios de interpretación ◯ Terapia de lenguaje ◯ Servicios de enfermería	◯ En educación general ◯ Fuera de educación general	Número de sesiones ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Otros ____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia ◯ Diario ◯ Semanal ◯ Mensual ◯ Anual ◯ Sólo una vez ◯ Trimestral ◯ Semi-anual	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA Duración _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista en orientación y movilidad Ⓟ ◯ Patólogo de lenguaje Ⓟ ◯ Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva Ⓟ ◯ Profesor de alumnos con problemas de visión Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Personal de asistencia al alumnado Ⓟ ◯ Maestro de educación física Ⓟ ◯ Personal de servicios de rehabilitación Ⓟ ◯ Maestro de educación general Ⓟ ◯ Maestro de carrera y tecnología Ⓟ ◯ Departamento de Servicios Sociales (DSS) Ⓟ ◯ Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) Ⓟ ◯ Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) Ⓟ ◯ División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) Ⓟ ◯ Otra agencia_____ Ⓟ ◯ Maestro de grupo de educación especial Ⓟ ◯ Otro proveedor de servicios_____ Ⓟ ◯ Enfermera Ⓟ ◯ Consejero profesional clínico licenciado Ⓟ ◯ Audiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Equipo del IEP Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Asistente de enseñanza Ⓟ ◯ Terapeuta físico Ⓟ ◯ Maestro en el hogar Ⓟ ◯ Consejero escolar Ⓟ ◯ Trabajador social de la escuela Ⓟ ◯ Terapeuta recreacional Ⓟ ◯ Asistente de Terapia Ocupaciona Ⓟ ◯ Asistente de terapia física Ⓟ ◯ Asistente de terapia del lenguaje Ⓟ ◯ Asistente Terapéutico de Conducta	Tiempo total del servicio: ◯ semanal ◯ mensual ◯ anual ___Hrs. ___Min.
◯ Transporte								

Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY	Fecha de terminación del ESY	Proveedor(es) del ESY Ⓟ = Principal, ◯ = Otros	Resumen del servicio
◯ Servicios audiológicos ◯ Servicios psicológicos ◯ Terapia ocupacional ◯ Terapia física ◯ Recreación ◯ Identificación y evaluación tempranas ◯ Servicios de asesoría ◯ Servicios de salud escolar ◯ Servicios de trabajo social ◯ Asesoría y capacitación a padres ◯ Asesoría de rehabilitación ◯ Servicio de orientación y capacitación para movilización ◯ Servicios médicos (diagnóstico y evaluación) ◯ Otras terapias _____ ◯ Servicios de interpretación ◯ Terapia de lenguaje ◯ Servicios de enfermería	◯ En educación general ◯ Fuera de educación general	Número de sesiones ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Otros ____	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia ◯ Diario ◯ Semanal ◯ Mensual ◯ Anual ◯ Sólo una vez ◯ Trimestral ◯ Semi-anual Duración _____semanas	MM•DD AAAA	MM•DD AAAA Duración _____semanas	Ⓟ ◯ Especialista en orientación y movilidad Ⓟ ◯ Patólogo de lenguaje Ⓟ ◯ Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva Ⓟ ◯ Profesor de alumnos con problemas de visión Ⓟ ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ ◯ Personal de asistencia al alumnado Ⓟ ◯ Maestro de educación física Ⓟ ◯ Personal de servicios de rehabilitación Ⓟ ◯ Maestro de educación general Ⓟ ◯ Maestro de carrera y tecnología Ⓟ ◯ Departamento de Servicios Sociales (DSS) Ⓟ ◯ Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) Ⓟ ◯ Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) Ⓟ ◯ División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) Ⓟ ◯ Otra agencia_____ Ⓟ ◯ Maestro de grupo de educación especial Ⓟ ◯ Otro proveedor de servicios_____ Ⓟ ◯ Enfermera Ⓟ ◯ Consejero profesional clínico licenciado Ⓟ ◯ Audiólogo Ⓟ ◯ Psicólogo Ⓟ ◯ Equipo del IEP Ⓟ ◯ Intérprete Ⓟ ◯ Asistente de enseñanza Ⓟ ◯ Terapeuta físico Ⓟ ◯ Maestro en el hogar Ⓟ ◯ Consejero escolar Ⓟ ◯ Trabajador social de la escuela Ⓟ ◯ Terapeuta recreacional Ⓟ ◯ Asistente de Terapia Ocupacional Ⓟ ◯ Asistente de terapia física Ⓟ ◯ Asistente de terapia del lenguaje Ⓟ ◯ Asistente Terapéutico de Conducta	Tiempo total del servicio: ◯ semanal ◯ mensual ◯ anual ___Hrs. ___Min.
◯ Transporte								

Discusión de la entrega del (los) incluida la descripción de servicios de Transporte, si se prestan estos servicios:

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia: ¿Se puede implementar este servicio/servicio ESY como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

◯ SI ◯ NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para este servicio/servicio ESY: _____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

SERVICIOS

◯ SERVICIOS DE CARRERAS PROFESIONALES DE ESTUDIOS Y EDUCACIÓN TECNOLÓGICA

Naturaleza del servicio	Ubicación	Descripción del servicio			Fecha de inicio	Fecha de terminación	Proveedor(es) Ⓟ = Principal, ◯ = Otros	Resumen del servicio
◯ Programa de carreras profesionales de estudios y educación tecnológica c/servicios de apoyo ◯ Evaluación vocacional ◯ Programa de educación especial con objetivos pre vocacionales	◯ En educación general ◯ Fuera de educación general	Número de sesiones ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Otros ___	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia ◯ Diario ◯ Semanal ◯ Mensual ◯ Anual ◯ Sólo una vez ◯ Trimestral ◯ Semi-anual	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____semanas	Ⓟ◯ Especialista en orientación y movilidad Ⓟ◯ Patólogo de lenguaje Ⓟ◯ Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva Ⓟ◯ Profesor de alumnos con problemas de visión Ⓟ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ◯ Personal de asistencia al alumnado Ⓟ◯ Maestro de educación física Ⓟ◯ Personal de servicios de rehabilitación Ⓟ◯ Maestro de educación general Ⓟ◯ Maestro de carrera y tecnología Ⓟ◯ Departamento de Servicios Sociales (DSS) Ⓟ◯ Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) Ⓟ◯ Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) Ⓟ◯ División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) Ⓟ◯ Otra agencia_____ Ⓟ◯ Maestro de grupo de educación especial Ⓟ◯ Otro proveedor de servicios_____ Ⓟ◯ Consejero profesional clínico licenciado Ⓟ◯ Audiólogo Ⓟ◯ Psicólogo Ⓟ◯ Equipo del IEP Ⓟ◯ Intérprete Ⓟ◯ Asistente de enseñanza Ⓟ◯ Terapeuta físico Ⓟ◯ Maestro en el hogar Ⓟ◯ Consejero escolar Ⓟ◯ Trabajador social de la escuela Ⓟ◯ Terapeuta recreacional Ⓟ◯ Asistente de Terapia Ocupaciona Ⓟ◯ Asistente de terapia física Ⓟ◯ Asistente de terapia del lenguaje Ⓟ◯ Asistente Terapéutico de Conducta	Tiempo total del servicio: ◯ semanal ◯ mensual ◯ anual ____Hrs. ____Min.

Naturaleza del servicio ESY	Ubicación del ESY	Descripción de los servicios ESY			Fecha de inicio del ESY	Fecha de terminación del ESY	Proveedor(es) del ESY Ⓟ = Principal, ◯ = Otros	Resumen del servicio
◯ Programa de carreras profesionales de estudios y educación tecnológica c/servicios de apoyo ◯ Evaluación vocacional ◯ Programa de educación especial con objetivos pre vocacionales	◯ En educación general ◯ Fuera de educación general	Número de sesiones ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ Otros ___	Lapso de tiempo _____ Horas _____ Minutos	Frecuencia ◯ Diario ◯ Semanal ◯ Mensual ◯ Anual ◯ Sólo una vez ◯ Trimestral ◯ Semi-anual	MM•DD•AAAA	MM•DD•AAAA Duración _____semanas	Ⓟ◯ Especialista en orientación y movilidad Ⓟ◯ Patólogo de lenguaje Ⓟ◯ Maestro para personas sordas y con deficiencia auditiva Ⓟ◯ Profesor de alumnos con problemas de visión Ⓟ◯ Terapeuta ocupacional Ⓟ◯ Personal de asistencia al alumnado Ⓟ◯ Maestro de educación física Ⓟ◯ Personal de servicios de rehabilitación Ⓟ◯ Maestro de educación general Ⓟ◯ Maestro de carrera y tecnología Ⓟ◯ Departamento de Servicios Sociales (DSS) Ⓟ◯ Administración de salud del comportamiento (BHA, en inglés) Ⓟ◯ Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA, en inglés) Ⓟ◯ División de Servicios de Rehabilitación (DORS, en inglés) Ⓟ◯ Otra agencia_____ Ⓟ◯ Maestro de grupo de educación especial Ⓟ◯ Otro proveedor de servicios_____ Ⓟ◯ Consejero profesional clínico licenciado Ⓟ◯ Audiólogo Ⓟ◯ Psicólogo Ⓟ◯ Equipo del IEP Ⓟ◯ Intérprete Ⓟ◯ Asistente de enseñanza Ⓟ◯ Terapeuta físico Ⓟ◯ Maestro en el hogar Ⓟ◯ Consejero escolar Ⓟ◯ Trabajador social de la escuela Ⓟ◯ Terapeuta recreacional Ⓟ◯ Asistente de Terapia Ocupacional Ⓟ◯ Asistente de terapia física Ⓟ◯ Asistente de terapia del lenguaje Ⓟ◯ Asistente Terapéutico De conducta	Total de tiempo de servicio: ◯ semanal ◯ mensual ◯ anual ____Hrs. ____Min.

Discusión de la entrega del (los) servicio(s):

Planificación del IEP para Condiciones de Emergencia: ¿Se puede implementar este servicio/servicio ESY como está establecido durante situaciones de emergencia que resulten en el cierre físico de la escuela por 10 o más días?

◯SI ◯ NO Si la respuesta es no, describa los cambios necesarios para este servicio/servicio ESY: _____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

RESUMEN DE MEDIO CON MENORES RESTRICCIONES (LRE, EN INGLÉS) TOMA DE DECISIONES Y COLOCACIÓN

No se retira a un estudiante con una discapacidad de la educación general en un entorno de enseñanza apropiado para su edad únicamente debido a las modificaciones necesarias para el plan de estudios general.

Todo organismo público deberá velar por lo siguiente:

i) Que, en la medida de lo posible, se eduque a niños con discapacidades, inclusive los niños en instituciones públicas o privadas u otros centros de atención, junto a otros niños sin discapacidades; y

ii) Que las clases especiales, la escolarización separada u otro tipo de separación de los niños con discapacidades del entorno educativo habitual sólo se produzca si la naturaleza o gravedad de la discapacidad es tal que la educación en clases habituales con el uso de ayudas y servicios complementarios no puede lograrse satisfactoriamente.

Sección 300.114 del Título 34 del Código de Normas Federales (CFR, en inglés)

Nombre TODAS las opciones de colocación consideradas por el equipo del IEP. _____

Indique la opción de colocación seleccionada. _____

Indique el entorno con menores restricciones seleccionado.

◯ Colocación en educación especial (edad preescolar, de 3 a 5 años):

☐ ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR AL MENOS 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN ESE ENTORNO

☐ ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR AL MENOS 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN OTRO LUGAR

☐ ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR MENOS DE 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN ESE ENTORNO

☐ ASISTE A UN PROGRAMA DE INFANCIA TEMPRANA REGULAR AL MENOS 10 HORAS A LA SEMANA Y RECIBE LA MAYORÍA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS EN OTRO LUGAR

EN EL CASO DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A UN PROGRAMA REGULAR DE PRIMERA INFANCIA, SELECCIONE EL ENTORNO DONDE RECIBEN LA MAYORÍA DE LOS SERVICIOS:

☐ ESCUELA PÚBLICA DE PREJARDÍN ☐ ENTORNO COMUNITARIO/PRIVADO DE PREESCOLAR/PREJARDÍN/GUARDERÍA ☐ HEAD START ☐ CENTRO JUDY ☐ OTRO (ESPECIFIQUE): _____

☐ UBICACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS ☐ GRUPO SEPARADO ☐ ESCUELA PRIVADA DIURNA SEPARADA ☐ INSTALACIONES RESIDENCIALES PRIVADAS

☐ HOGAR ☐ ESCUELA PÚBLICA DIURNA SEPARADA ☐ INSTALACIONES RESIDENCIALES PÚBLICAS

◯ Colocación en educación especial (edad escolar, de K a 21 años): __

{ Tiempo total en la semana escolar: _____hrs._____minutos/semana } { Tiempo total fuera de la educación general:_____hrs._____minutos/semana } = { Tiempo total en educación general:_____hrs._____minutos/semana }

Promedio _____ %/día

☐ DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (80% o más) ☐ DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (40% - 79%) ☐ DENTRO DE LA EDUCACIÓN GENERAL (menos del 40%)

☐ ESCUELA PÚBLICA DIURNA SEPARADA ☐ ESCUELA PRIVADA DIURNA SEPARADA

☐ INSTALACIONES RESIDENCIALES PRIVADAS ☐ COLOCADO POR PADRES EN ESCUELA PRIVADA ☐ CONFINADO EN CASA/HOSPITAL ☐ INSTALACIONES RESIDENCIALES PÚBLICAS ☐ INSTITUCIONES CORRECCIONALES

Documente la base para la determinación del LRE y si se retira del programa de primera infancia regular/entorno de educación general, explique las razones por las que no se pueden proporcionar los servicios en dicho entorno con el uso de ayudas y servicios complementarios _____

Indique las horas y actividades específicas en que el estudiante no participará con compañeros sin discapacidades en actividades académicas, no académicas y extracurriculares o haga clic en No corresponde si se incluye el 100 % del día.

☐ No corresponde (incluido el 100 % del día) _____

Al seleccionar el LRE, ¿existen efectos peligrosos potenciales en la calidad de los servicios que necesita el alumno? ◯ Sí ◯ NO

Si la respuesta es afirmativa, explique:_____

¿Los servicios se proporcionan ***en*** la escuela en casa del alumno (la escuela a la que asistiría el alumno si no estuviera discapacitado)? ◯ SÍ ◯ NO

Consideración de las necesidades de transporte:

El organismo público deberá garantizar de que la decisión de colocación educativa de un estudiante con discapacidad esté lo más cerca posible de su hogar. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

¿El estudiante requiere transporte especial? ◯ SÍ ◯ NO En caso afirmativo explique y considere la cantidad de tiempo y distancia de viaje: _____

_____

¿Se necesita equipo especializado para ayudar al estudiante durante el traslado? ◯ SÍ ◯ NO Si contesta en la afirmativa, explique:_____

¿Es necesario personal para que acomode al estudiante durante el transporte? ◯ Sí ◯ NO Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

¿Se necesita otro tipo de apoyo para ayudar al estudiante durante el transporte? ◯ SÍ ◯ NO Si contesta en la afirmativa, explique: _____

Condado de residencia SSIS _____

Escuela de residencia SSIS _____

Condado de servicio SSIS_____

Escuela de servicio SSIS _____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

RESUMEN DE MEDIO CON MENORES RESTRICCIONES (LRE, EN INGLÉS) TOMA DE DECISIONES Y COLOCACIÓN

No se retira a un estudiante con una discapacidad de la educación general en un entorno de enseñanza apropiado para su edad únicamente debido a las modificaciones necesarias para el plan de estudios general.

Todo organismo público deberá velar por lo siguiente:

i) Que, en la medida de lo posible, se eduque a niños con discapacidades, inclusive los niños en instituciones públicas o privadas u otros centros de atención, junto a otros niños sin discapacidades; y

ii) Que las clases especiales, la escolarización separada u otro tipo de separación de los niños con discapacidades del entorno educativo habitual sólo se produzca si la naturaleza o gravedad de la discapacidad es tal que la educación en clases habituales con el uso de ayudas y servicios complementarios no puede lograrse satisfactoriamente.

Sección 300.114 del Título 34 del Código de Normas Federales (CFR, en inglés)

CÓDIGOS DE ELEGIBILIDAD DEL RECUENTO DE NIÑOS

☐ (1) Alumno elegible con una discapacidad que es atendido en una escuela pública o colocado en una escuela no pública por la agencia pública para recibir la FAPE.
☐ (2) Alumno elegible con una discapacidad colocado por los padres en escuela privada que recibe educación especial y/o servicios relacionados a través de un plan de servicios de la agencia pública.
☐ (3) Alumno elegible con una discapacidad colocado por los padres en una escuela privada que NO recibe servicios de la agencia pública.
☐ (4) Alumno elegible con una discapacidad en escuela pública que no recibe servicios debido a la negativa del padre de recibir los servicios iniciales.
☐ (6) Estudiante con una discapacidad menor de 3 años elegible. Consentimiento del padre – continúa con Servicios de Educación Temprana a través de un IFSP.

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

AUTORIZACIÓN(ES)

CONSENTIMIENTO PARA INICIAR LOS SERVICIOS (solamente IEP inicial)

Recibí un ejemplar del Informe de evaluación que me indica por escrito las razones para esta acción.

La educación especial y servicios relacionados se proporcionarán como se describe en el IEP. Comprendo que el IEP será revisado periódicamente, pero no menos de cada año.

Comprendo que no se divulgarán los registros sin mi consentimiento firmado y por escrito, salvo bajo lo previsto por la Ley sobre la Privacidad y los Servicios Educativos de la Familia (FERPA, en inglés). Esta ley permite que se entreguen los registros educativos a una escuela pública o agencia de educación.

Comprendo que mi consentimiento es voluntario y que en cualquier momento puedo retirar mi consentimiento. En caso de retirar mi consentimiento, no será retroactivo. Si revoco mi consentimiento, por escrito, para que mi hijo reciba servicios de educación especial después de haber recibido educación especial y servicios relacionados iniciales, no se requiere que la agencia pública enmiende los registros educativos de mi hijo para retirar cualquier referencia a la recepción de educación especial y servicios relacionados por parte de mi hijo debido a mi revocación y consentimiento.

Comprendo que la agencia pública entregará información que será usada para el sistema de información de servicios especiales. Este sistema será usado por el MSDE y otras agencias estatales, como corresponda, para permitir el financiamiento de programas y garantizar los derechos de mi hijo a cualquier evaluación necesaria.

He sido informado de la(s) determinación(es) del equipo del IEP en mi lengua nativa u otro modo de comunicación.

Me han sido informados mis derechos, como se explican en el documento *de Salvaguardas de procedimiento - derechos de los padres*, que he recibido.

Otorgo mi consentimiento para iniciar la educación especial y servicios relacionados para mi hijo, como se especifica en el IEP de mi hijo.

Firma del padre: **Fecha:**

_____ _____

Nombre: Agencia: Fecha de reunión del equipo del IEP: / /

ASISTENCIA MÉDICA (MA, EN INGLÉS)

Se debe obtener el consentimiento del padre antes de que la agencia proveedora divulgue, para fines de facturación, información de identificación personal de su hijo al Departamento de Salud de Maryland (MDH), a la agencia del estado responsable de la administración del Programa de asistencia médica, de conformidad con la Ley sobre la privacidad y los servicios educativos de la familia (FERPA, en inglés) y la Ley de educación para personas con discapacidades (IDEA, en inglés). Al prestar su consentimiento, usted entiende y acepta por escrito que la agencia pública podrá obtener acceso al Medicaid para sufragar los costos de los servicios que se ofrezcan a su hijo(a).

A fin de ofrecer una Educación pública gratis y apropiada (FAPE, en inglés) a su hijo, la agencia proveedora no podrá:

- Exigirle que se inscriba o matricule en Asistencia médica del estado para que su hijo reciba educación pública gratis y apropiada en virtud de la IDEA,
- Exigirle que realice un desembolso, como por ejemplo el pago de un deducible o un copago para presentar una reclamación por los servicios,
- Utilizar los beneficios de su hijo bajo MA si dicho uso pudiera:
  - o Reducir la cobertura vitalicia disponible o cualquier otro beneficio asegurado;
  - o Implicar el pago por parte de su familia de servicios que de otro modo estarán cubiertos por MA y que se requieren para su hijo fuera del tiempo que está en la escuela;
  - o Aumentar las primas o causar una interrupción en los beneficios o el seguro o
  - o Arriesgar la pérdida de elegibilidad para exenciones en el hogar y la comunidad, según los gastos médicos totales.

Usted tiene derecho a revocar su consentimiento para divulgar información de identificación personal al Programa de Asistencia Médica del estado cuando lo desee.

Si revoca su consentimiento para que la agencia proveedora divulgue información de identificación personal de su hijo, no libera a dicha agencia de su responsabilidad de asegurar que todos los servicios requeridos se presten a su hijo sin costo alguno para usted.

¿El alumno es elegible para recibir MA? ◯ Sí ◯ No Número de MA _____

Estoy de acuerdo con la Coordinación de servicios para niños con discapacidades y que el (los) Coordinador(es) de servicios identificados en este IEP pueden ser designados como Coordinador(es) de servicios de MA. (COMAR 10.09.52)

Comprendo que tengo libertad de elegir un Coordinador de servicios de MA para mi hijo. En este momento, acepto el (los) siguiente(s) Coordinador(es) de servicios.

Nombre del Coordinador de servicios de MA: _____

Nombre del Coordinador de servicios de MA: _____

Comprendo que si deseo en el futuro cambiar el Coordinador de servicios de MA, puedo llamar a la escuela para realizar un cambio.

Comprendo que el propósito de este servicio es ayudar a obtener acceso a los servicios médicos, sociales, educativos y de otro tipo que se necesiten.

Otorgo mi consentimiento para que la agencia proveedora divulgue información de identificación personal de mi hijo al Programa de Asistencia Médica del estado para acceder a los beneficios de dicho programa.

Otorgo permiso a la agencia proveedora para recuperar los costos de Medicaid por coordinación de servicios, así como servicios relacionados con la salud, relacionados con la implementación de los objetivos del IEP de mi hijo.

Comprendo que, si me niego a permitir que la agencia proveedora tenga acceso a los fondos de Asistencia Médica, esto no exime a la agencia proveedora de su responsabilidad de asegurar que todos los servicios requeridos se proporcionen a mi hijo sin costo alguno para los padres.

Comprendo que este servicio no restringe o afecta de otra manera la elegibilidad de mi hijo a otros beneficios del MA. También comprendo que mi hijo puede no recibir un tipo similar de servicio de manejo de casos bajo MA si califica para más de un tipo.

Firma del padre: **Fecha:**

_____ _____