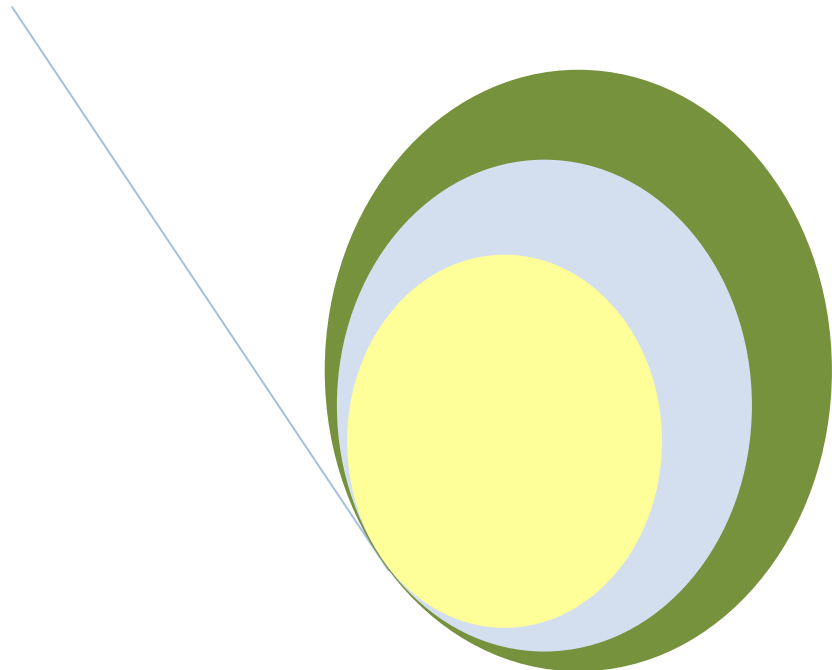


# APÉNDICE

## IV

### Otros Documentos



**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN**  
**SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

**MINUTA DEL PROCESO DE REGISTRO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Número de Registro: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

**ORIENTACIÓN A PADRES**

\_\_\_\_\_ Discusión, entrega y firma del documento "Derecho de los Padres".

**REGISTRO**

Presentó:

- Tarjeta de seguro social del estudiante
- Evidencia de certificado de nacimiento
- Evidencia de residencia

- Evaluaciones previamente realizadas
- Garantías procesales
- Historial social

¿Se llevó a cabo el registro? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso que la respuesta sea NO, explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Se obtuvo el consentimiento de evaluación de forma voluntaria y con la debida orientación de sus derechos.

**COORDINACIÓN DE CITAS**

- Se coordinó la evaluación (es) de \_\_\_\_\_
- Se coordinó cita para completar el Historial Social

Otros \_\_\_\_\_

Nombre	Firma	Posición

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
**SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

**Minuta de U.O.R.C.**

**Para Estudiante de Educación Especial Proveniente de Traslado**

Fecha de solicitud de Servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Número de Registro: \_\_\_\_\_

Distrito al cual se trasladará: \_\_\_\_\_ Distrito de Procedencia: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Teléfonos: ( ) \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_

**Asuntos Discutidos: (Marcar con una X donde corresponda)**

- Análisis de los derechos de los padres, entrega y firma de los mismos
- Verificación de las gestiones de matrícula realizadas por el padre en escuela pública o privada  
¿Realizó las gestiones de matrícula en alguna escuela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es SÍ, favor de indicar el nombre de la escuela y grado:

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es NO, favor de indicar la razón. \_\_\_\_\_

- Verificación de documentos entregados por el padre, madre o encargado al momento de solicitar servicios en el distrito actual.

\_\_\_\_ EE-08 Copia de solicitud de Traslado

\_\_\_\_ Copia de la Determinación de Elegibilidad

\_\_\_\_ Copia del PEI

\_\_\_\_ Evaluación (es) de:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Planes de Tratamiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Actualización del expediente electrónico.
- Coordinación con el distrito de procedencia para la entrega del expediente de educación especial oficial.
- Coordinación con especialista(s) o corporación(es) la entrega de expediente de terapias.
- Otros Asuntos Discutidos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Acuerdos: (Marcar con una X donde corresponda)**

**De acuerdo a la información recibida se acuerda la coordinación de los siguientes servicios:**

- Evaluación(es) en la(s) siguiente(es) área(s ) en los casos que no han sido evaluados para determinar elegibilidad: (especificar la coordinación realizada)

---

---

- Envío del expediente del estudiante para la unidad de Determinación de Elegibilidad con el propósito de que se realice este proceso.
- Envío del expediente provisional del estudiante al distrito actual para redacción de PEI en la escuela que corresponda.
- Envío del expediente provisional del estudiante al distrito para Ubicación donde corresponda.
- Prestación de los siguientes servicios relacionados: (Especificar la coordinación realizada)

---

---

Nota: El padre, madre o encargado debe haber entregado en el expediente provisional copia de la evolución que recomienda el servicio y del Plan de Tratamiento del mismo.

- Acuerdos adicionales:

---

---

---

**Personas Presentes:**

Nombre	Firma	Posición

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN**  
**SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

Pruebas Puertorriqueñas de Evaluación Alternativa  
 Julio de 2007

**Guía de criterios para identificar los estudiantes que participaran en la  
 Prueba Puertorriqueña de Evaluación Alternativa**

(para ser utilizada por el Comité de Programación y Ubicación en la toma de decisiones)

Región Educativa: \_\_\_\_\_ Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Instrucciones: El COMPU completar la guía de criterios en todas sus partes antes de determinar si la evaluación alterna es o no es el instrumento apropiado para la evaluación del estudiante.

El estudiante manifiesta características de impedimentos cognoscitivos significativos, lo que incluye:

Déficit significativo del lenguaje y la comunicación	Si	No
Déficit significativos en la conducta adaptativa	Si	No
Limitaciones físicas, incluyendo la capacidad sensorial (visual, auditiva) destrezas motrices (gruesas y fina)	Si	No

Se debe contestar "SI" en al menos, una (1) de las aseveraciones anteriores para que se considere la evaluación alterna como la manera apropiada de evaluar a este estudiante. Si ninguna de las aseveraciones anteriores es contestada con "SI", la evaluación alterna puede que no sea el instrumento apropiado para la evaluación de este estudiante. Un estudiante que tiene SOLAMENTE un impedimento físico (visual, auditivo y/o motor) no es candidato para esta evaluación alterna, a menos que TAMBIÉN tenga impedimento cognoscitivo. Los siguientes documentos se consideraron para contestar las aseveraciones anteriores:

Documento	Fecha del documento
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

El estudiante manifiesta:

Déficit significativo en hacer generalizaciones y/o demostrar las destrezas en una variedad de ambientes	Si	No
La necesidad de instrucción altamente especializada con apoyos educativos intensivos y constantes	Si	No

Todas las aseveraciones deben ser contestadas con "SI" para que se considere la evaluación alterna como la manera apropiada de evaluar a este estudiante. Si alguna aseveración es contestada con "NO", la evaluación alterna puede que no sea el instrumento apropiado para la evaluación de este estudiante (Se adjunta documentación).

El programa educativo que refleja el progreso del estudiante en el currículo general:

Permite niveles de ejecución modificados a través del uso de estándares de evaluación de niveles más bajos o estándares de evaluación más amplios.	Si	No
--	----	----

La aseveración debe ser contestada con "SI" para que se considere la evaluación alterna como la manera apropiada de evaluar a este estudiante. Si esta aseveración es contestada con "NO", la evaluación alterna puede que no sea el instrumento apropiado para la evaluación de este estudiante. (Se adjunta documentación).

El estudiante:

Generalmente no puede demostrar su conocimiento y dominio de destrezas mediante el uso del instrumento de evaluación administrando a la mayoría de los estudiantes en el Programa de Medición Regular, aun cuando se le provean los acomodados necesarios.	Si	No
--	----	----

La aseveración debe ser contestada “SI” para que se considere la evaluación alterna como la manera apropiada de evaluar a este estudiante. Si esta aseveración es contestada “NO”, la evaluación alterna puede que no sea el instrumento apropiado para la evaluación de este estudiante (Se adjunta documentación).

La decisión de participación se basa primordialmente en:

Ausencias Excesivas o prolongadas	Si	No	La categoría de su impedimento	Si	No
El uso de otro idioma materno que no sea el español	Si	No	Diferencias sociales/ culturales/ económicas	Si	No
Conducta Inapropiada	Si	No	Nivel/ clasificación/ puntuación mínima de ejecución	Si	No
Su nivel de lectura	Si	No	La alternativa de ubicación	Si	No
La exclusión o limitación de oportunidades para participar en el currículo general	Si	No	Tiempo recibiendo servicios de Educación Especial	Si	No
La necesidad de asistencia tecnológica o modificaciones para poder participar en el currículo general	Si	No			

Todas las aseveraciones deben ser contestadas con “NO” para que se considere la evaluación alterna como la manera apropiada de evaluar a este estudiante. Si alguna aseveración es contestada con “SI”, la evaluación alterna puede que no sea el instrumento apropiado para la evaluación de este estudiante (Se adjunta documentación).

El COMPU ha determinado que la evaluación alterna: **نعم** es la alternativa de medición apropiada; **نعم** no es la alternativa de medición apropiada; para la evaluación de \_\_\_\_\_.

Nombre del estudiante

Firma de miembros del COMPU	Puesto	Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Secretaría Asociada de Educación Especial

## PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO

Año Escolar: \_\_\_\_\_ PEI Inicial \_\_\_\_\_ Revisión \_\_\_\_\_

### I. Información del Estudiante

Nombre y Apellidos	
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	edad
Núm. de Seguro Social	Núm. de Registro (Distrito-Pag.-Vol.)
Distrito	Región
Comentarios de Salud	

### II. Información de Evaluaciones Realizadas:

Evaluación	Fecha evaluación más reciente (día-mes-año)
Historial del Desarrollo	
Evaluación Educativa/Informe Académico	
Psicológica	
Habla y Lenguaje	
Terapia Ocupacional	
Terapia Física	
Médica	
Oftalmológica	
Audiológica	
Psiquiátrica	
Otras	

### III. Descripción del funcionamiento del estudiante

#### A. Nivel actual de funcionamiento académico general

#### B. Indique el impedimento. Explique cómo éste afecta la participación y progreso del estudiante en el currículo general:

**C. Si el estudiante muestra una conducta inapropiada que impide el aprendizaje y progreso de éste o de otros:**

1. Describa la conducta que necesita ser modificada:
2. Describa las estrategias o métodos que se utilizarán para modificar la conducta identificada:
3. Describa como la familia colaborara para modificar esta conducta:

**D. Si el estudiante tiene o cumplirá 16 años en el período de implantación de este PEI, describa brevemente lo que se espera que ocurra en su vida post-escolar en las siguientes áreas:**

Educación:	
Adiestramiento:	
Empleo:	
Vida Independiente:	

**IV. Marque las áreas que se desarrollarán en este PEI**

<input type="checkbox"/>	Social-emocional
<input type="checkbox"/>	Habla y lenguaje
<input type="checkbox"/>	Lectura
<input type="checkbox"/>	Escritura
<input type="checkbox"/>	Matemáticas
<input type="checkbox"/>	Sensorial
<input type="checkbox"/>	Perceptual motor

<input type="checkbox"/>	Destrezas de vida independiente (ayuda propia y diario vivir)
<input type="checkbox"/>	Adiestramiento prevocacional o vocacional
<input type="checkbox"/>	Destrezas para el empleo
<input type="checkbox"/>	Otras experiencias y destrezas de la transición a la vida adulta
<input type="checkbox"/>	Destrezas post-secundarias
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	



V<sup>(a)</sup>. Programa de Servicios

Área	Fortalezas	Necesidades	Metas medibles	Progreso			
				10s	20s	30s	40s

**Procedimientos que se utilizarán para evaluar el progreso del estudiante**

Pruebas cortas
Pruebas diagnósticas
Pruebas de ejecución

Observaciones escritas
Trabajos escritos
Muestras de trabajos

Libretas (trabajos diarios)
Proyectos
Otros

**Escala para medir el progreso del estudiante hacia el logro de las metas:**

L1	Muestra interés y lo intenta	L4	Lo logra por sí mismo en forma inconsistente
L2	Lo logra con mucho apoyo, dirección y uso de claves	L5	Lo logra en forma independiente y consistente
L3	Lo logra con algún apoyo, dirección y uso de claves	N/A	No aplica

V<sup>(b)</sup>. Programa de Servicios (para estudiantes identificados con impedimentos cognoscitivos significativos)

Área	Fortalezas	Necesidades	Metas medibles y objetivos a corto plazo	Progreso			
				10s	20s	30s	40s
			<b>Meta:</b>  <b>Objetivos:</b>				
			<b>Meta:</b>  <b>Objetivos:</b>				

Procedimientos que se utilizarán para evaluar el progreso del estudiante

Pruebas cortas
Pruebas diagnósticas
Pruebas de ejecución

Observaciones escritas
Trabajos escritos
Muestras de trabajos

Libretas (trabajos diarios)
Proyectos
Otros

Escala para medir el progreso del estudiante hacia el logro de las metas:

L1	Muestra interés y lo intenta	L4	Lo logra por sí mismo en forma inconsistente
L2	Lo logra con mucho apoyo, dirección y uso de claves	L5	Lo logra en forma independiente y consistente
L3	Lo logra con algún apoyo, dirección y uso de claves	N/A	No aplica

V<sup>(c)</sup>. Programa de Servicios para los estudiantes en proceso de transición (si aplica)

Área	Fortalezas	Necesidades	Metas medibles y objetivos a corto plazo	Progreso			
				10s	20s	30s	40s
Instrucción			<b>Meta:</b>  <b>*Objetivos:</b>				
Empleo			<b>Meta:</b>  <b>*Objetivos:</b>				

Procedimientos que se utilizarán para evaluar el progreso del estudiante

Pruebas cortas
Pruebas diagnósticas
Pruebas de ejecución

Observaciones escritas
Trabajos escritos
Muestras de trabajos

Libretas (trabajo diario)
Proyectos
Otros

Escala para medir el progreso del estudiante hacia el logro de las metas:

\*Solo para estudiantes con impedimentos cognoscitivos significativos

L1	Muestra interés y lo intenta	L4	Lo logra por sí mismo en forma inconsistente
L2	Lo logra con mucho apoyo, dirección y uso de claves	L5	Lo logra en forma independiente y consistente
L3	Lo logra con algún apoyo, dirección y uso de claves	N/A	No aplica

V<sup>(c)</sup>. Continuación del programa servicios para los estudiantes en proceso de transición (si aplica)

Área	Fortalezas	Necesidades	Metas medibles	Progreso			
				10s	20s	30s	40s
Adiestramiento			<p>Meta:</p> <p>*Objetivos:</p>				
Otras experiencias para la vida adulta			<p>Meta:</p> <p>*Objetivos:</p>				
Vida Independiente			<p>Meta:</p> <p>*Objetivos:</p>				

Procedimientos que se utilizarán para evaluar el progreso del estudiante

Pruebas cortas
Pruebas diagnósticas
Pruebas de ejecución

Observaciones escritas
Trabajos escritos
Muestras de trabajos

Libretas (trabajos diarios)
Proyectos
Otros

Escala para medir el progreso del estudiante hacia el logro de las metas:

L1	Muestra interés y lo intenta	L4	Lo logra por sí mismo en forma inconsistente
L2	Lo logra con mucho apoyo, dirección y uso de claves	L5	Lo logra en forma independiente y consistente
L3	Lo logra con algún apoyo, dirección y uso de claves	N/A	No aplica

\*Solo para estudiantes con impedimentos cognoscitivos significativos

**VI. Otras consideraciones y servicios**

<b>A. Grado que cursará el estudiante</b>
<b>B. Áreas académicas en las que participará en el salón regular:</b>

<b>D. Áreas y actividades extracurriculares en las cuales el estudiante participará con estudiantes regulares</b>		
___ Educación Física Regular	___ Día de Juegos	___ Banda
___ Comedor Escolar	___ Arte	___ Otras
___ Biblioteca	___ Música	
___ Excursiones	___ Teatro	

<b>C. Explique hasta qué punto el estudiante no participará del currículo general en salón regular y las razones:</b>
---

<b>E. Explique las razones por las cuales el estudiante no participará de las actividades que no fueron marcadas:</b>
---

<b>F. Acomodos que necesita el estudiante para participar en el proceso enseñanza aprendizaje</b>			
___ Tiempo adicional	___ Uso de ábaco	___ Uso de letra agrandada	___ equipos de alta tecnología
___ Uso de calculadora	___ Ubicación del pupitre	___ Uso del Braille	
___ Uso de asistentes especiales	___ Uso de grabadora	___ Uso de audio	

<b>G. Programa de Medición por el cual se evaluará el progreso académico y funcional del estudiante</b>		
Programa de Medición Regular		Evaluación Alternativa
Sin acomodos _____	Con acomodos _____ Indique cuáles	Alineada con estándares de aprovechamiento alternos _____ (Portafolio)

<b>H. Si el estudiante no participará en el programa de medición regular, explique las razones y por qué la evaluación alterna seleccionada es la apropiada:</b>
--

**I. Necesidades de servicios o de apoyo del estudiante que serán atendidas en el ámbito escolar**

<input type="checkbox"/> movilidad	<input type="checkbox"/> instrucción en el uso del Braille
<input type="checkbox"/> cateterización/ frecuencia	<input type="checkbox"/> asistencia en comunicación
<input type="checkbox"/> higiene	<input type="checkbox"/> otras
<input type="checkbox"/> alimentación	

**J. Modificaciones al programa y apoyos para el personal que trabaja con el estudiante, en beneficio de éste. Explique:**

<input type="checkbox"/> adiestramiento básico
<input type="checkbox"/> cambio en horario de clases
<input type="checkbox"/> reuniones con equipo de trabajo
<input type="checkbox"/> Otros

**K. Servicios y equipos de Asistencia Tecnológica (AT)**

<input type="checkbox"/> evaluación y/o servicio de AT dirigidos a:
<input type="checkbox"/> equipo asistivo recomendado por el Comité Asesor de Asistencia Tecnológica. Descripción del equipo:
<input type="checkbox"/> equipo asistivo disponible en la escuela que será utilizado por el estudiante:
<input type="checkbox"/> no se evidencian necesidades en esta área

**VII. Año Escolar Extendido**

Se recomiendan servicios de año escolar extendido
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Indique los servicios o áreas del PEI que requieran ser implantadas durante el año escolar extendido así como la frecuencia de los mismos

--

**VIII. Análisis de Alternativa de Ubicación**

**A. Marque con una X las alternativas de ubicación consideradas. Para aquellas que fueron descartadas, indique las razones**

	Alternativas	Razones para descartarlas
	Salón regular con servicios suplementarios y de apoyo	
	Salón regular con servicios de salón recurso	
	Salón especial en escuela regular	
	Escuela especial	
	Instrucción en el hogar	
	Instrucción en hospital	
	Institución	

Alternativa de ubicación recomendada:

**B. Servicios**

Servicios	Frecuencia	Duración	Lugar
Educación Especial			
Terapia de Habla			
Terapia Ocupacional			
Terapia Psicológica			
Terapia Física			
Transportación _____ Beca _____ Porteador _____ Regular			
Otros			

**C. Fecha proyectada de inicio de los servicios:** \_\_\_\_\_

**IX. Participación de la familia y otras agencias**

<b>A. Describa la participación de otras agencias en la provisión de servicios recomendados para el estudiante</b>		
Agencia que pagará/ proveerá	Persona contacto	Servicios a ser provistos

**B. Describa la participación de la familia en el desarrollo de las actividades recomendadas**

**X. Describa la manera en que se informará a los padres sobre el progreso del estudiante**

**XI. Fecha Revisión del PEI**

**XII. Transferencia de derechos**

Declaración de transferencia de derechos al estudiante, al éste alcanzar la mayoría de edad, de acuerdo a la ley estatal. (Se requiere que se notifique al estudiante un año antes de que cumpla la mayoría de edad).

\_\_\_\_\_ Certifico que he sido informado sobre los derechos que se me transferirán al cumplir la mayoría de edad, bajo la Ley Estatal vigente.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

**XIII. Firmas de los miembros del Comité de Programación y Ubicación:**

Firma	Puesto	Fecha	Firma	Puesto	Fecha

Firma del director o encargado de la escuela en la que se implantará el PEI: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_