



Secretaría Asociada de Educación Especial  
SAEE-AT-2014-2

Comité Asesor de Asistencia Tecnológica  
Centro de Servicios de Educación Especial  
Región Educativa de Arecibo

### GUIA DE REFERIDO PARA EVALUACIÓN DE ASISTENCIA TECNOLÓGICA

Perfil del estudiante: como requisito para procesar el referido para servicios de Asistencia Tecnológica.  
(Favor de llenar esta Guía en todas sus partes)

|   |                                 |   |            |
|---|---------------------------------|---|------------|
| Nombre:   |                                 | Núm. SIE:                                 |            |
| Edad:   | Fecha de Nacimiento:            | Grado/Grupo/Ubicación:                    |            |
| Núm. de teléfono residencial (actualizado):           | Nombre padre, madre, encargado: | Núm. de teléfono adicional (actualizado): |            |
| Escuela:  | Región:                         | Distrito Escolar:                         | Municipio: |
| Núm. de Tel. Escuela:                                 |                                 |   |            |
| Impedimento según última determinación:               |                                 | Fecha de PEI vigente:                     |            |
| Persona contacto en la escuela o persona que refiere: |                                 |   |            |
| Número de teléfono contacto en la escuela :           |                                 | E-mail o teléfono adicional:              |            |

#### I. Información Médica o de Especialistas - Fechas de evaluaciones realizadas y servicios que recibe:

|  |   |
|--|---|
| Visual:  | Agudezas Visuales: ___OD ___OS (con corrección)<br>___OD ___OS (sin corrección) |
| Psicológica:   | Frecuencia:<br>Años en tratamiento:   |
| Terapia Física:  | Frecuencia:<br>Años en tratamiento:   |
| Habla y Lenguaje:  | Frecuencia:<br>Años en tratamiento:   |
| Terapia Ocupacional:   | Frecuencia:<br>Años en tratamiento:   |
| Otros servicios:   |   |
| Otras condiciones de salud (Especifique):                                      |   |
| Usa Medicamentos: ___Si ___No  | Especifique:  |
| Equipos de ayuda que utiliza el estudiante:                                    |   |
| ___ audífonos ___ espejuelos ___ silla de ruedas ___ prótesis ___ otros: _____ |   |

#### II. Intereses:

Exponga los intereses que el estudiante manifiesta: \_\_\_\_\_





**III. Provea la siguiente información Educativa:**

**Aprovechamiento Académico:** \_\_\_\_ satisfactorio \_\_\_\_ deficiente \_\_\_\_ número de grados repetidos (si aplica)

**Especificar las notas en el último reporte escolar (si aplica):** \_\_\_\_\_

**Comentarios:** \_\_\_\_\_

**Nivel de Actividad:** \_\_\_\_ adecuado \_\_\_\_ variable \_\_\_\_ difícil de mantener

**Capacidad para Seguir Instrucciones:** \_\_\_\_ entiende directrices ofrecidas \_\_\_\_ no sigue instrucciones \_\_\_\_ aparenta no entender \_\_\_\_ requiere motivación \_\_\_\_ requiere repetición y demostración

**Hábitos de Trabajo:** \_\_\_\_ cuidadoso \_\_\_\_ descuidado \_\_\_\_ reconoce errores \_\_\_\_ no reconoce errores \_\_\_\_ impulsivo

**Fortalezas/Preferencias (estilo de aprendizaje):** \_\_\_\_ kinésético \_\_\_\_ visual \_\_\_\_ le gusta el arte \_\_\_\_ musical  
\_\_\_\_ auditivo \_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

**IV. Precise las necesidades que identifica en el Aprendizaje del estudiante - Describa las necesidades del estudiante solamente en las áreas donde el estudiante confronta retos en su desempeño escolar, en el desarrollo y/o logro de las metas y habilidades educativas establecidas en el PEI:**

| Necesidades en el Aprendizaje                           | Describa en qué consisten las necesidades que no pueden satisfacerse mediante los servicios descritos arriba.<br>¿Cómo afectan el desempeño escolar del estudiante? |
|---|---|
| Lectura (Ej. fluidez de lectura, comprensión)           |   |
| Escritura (Ej. legibilidad en molde o cursivo)          |   |
| Matemáticas (Ej. suma, resta, multiplicación, división) |   |
| Ayuda Propia (Ej. higiene, alimentación, vestimenta)    |   |
| Cognición general, habilidades conceptuales             |   |





|  |  |
|--|--|
| Atención (lapso de atención, nivel de actividad, capacidad para concentrarse)  |  |
| Percepción (organización e interpretación de información recogida a través de los sentidos)<br>Auditiva<br>Visual              |  |
| Aspecto motor, coordinación motora   |  |
| Social-Emocional   |  |
| Comunicación   |  |
| Movilidad, posicionamiento (identificadas por ortopeda o fisiatra y que sean necesarias para desarrollar las metas educativas) |  |
| Otras (Ej. memoria, codificación, planificación, recreación, educación física) Especifique:                                    |  |

**V. Uso previo de Asistencia Tecnológica:**

No ha sido evaluado       Evaluado en AT - Fecha: \_\_\_\_\_

Especifique brevemente las necesidades evaluadas en AT: \_\_\_\_\_

---

Indique otros servicios de AT que se le hayan provisto al estudiante (Especifique): \_\_\_\_\_

---



---





| Equipo/programa de AT que ya tiene | ¿Utiliza regularmente el equipo/programa de AT?  | ¿Satisface adecuadamente la necesidad para su desempeño escolar?   |
|------------------------------------|--|--|
| Desde (fecha):                     | <input type="checkbox"/> Sí lo utiliza regularmente<br><input type="checkbox"/> Lo utiliza a veces (¿razón?):<br><input type="checkbox"/> No lo utiliza (¿razón?): | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Parcialmente (explique) <input type="checkbox"/> No<br><br>(explique) |
| Desde (fecha):                     | <input type="checkbox"/> Sí lo utiliza regularmente<br><input type="checkbox"/> Lo utiliza a veces (¿razón?):<br><input type="checkbox"/> No lo utiliza (¿razón?): | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Parcialmente (explique) <input type="checkbox"/> No<br><br>(explique) |
| Desde (fecha):                     | <input type="checkbox"/> Sí lo utiliza regularmente<br><input type="checkbox"/> Lo utiliza a veces (¿razón?):<br><input type="checkbox"/> No lo utiliza (¿razón?): | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Parcialmente (explique) <input type="checkbox"/> No<br><br>(explique) |

**NOTA IMPORTANTE:** Si el estudiante ha sido evaluado en AT y cuenta con equipos, conjunto a esta Guía, el COMPU entregará copia del **Informe sobre Usos de Equipos de Asistencia Tecnológica** (SAEE-AT-2014-7) y del **Inventario de Equipos de Asistencia Tecnológica** (SAEE-AT-2014-8).

**VI. Expectativa del Referido (Use el reverso del papel de ser necesario):**

|   |
|---|
| <p>Explique cuáles son las expectativas específicas de este referido considerando las metas establecidas en el PEI. ¿Qué se espera lograr mediante el uso de la asistencia tecnológica:</p>   |
| <p>La asistencia tecnológica tiene el propósito de lograr las metas y objetivos del PEI para que le permita al estudiante beneficiarse del currículo general o de la educación especial. Resuma brevemente los objetivos que el COMPU entiende que requieren de algún equipo de asistencia tecnológica para poderse lograr.</p> |
| <p>Explique las estrategias utilizadas para satisfacer las necesidades identificadas:</p>   |





¿Qué equipos de tecnología educativa están disponibles en el salón o escuela a los cuales el estudiante tiene acceso?

Observaciones o información adicional del estudiante, que el equipo de intervención de AT debería considerar para proveer el servicio. Ej.: Si el estudiante está encamado y no puede moverse del hogar para ser evaluado, si en la evaluación hace falta un intérprete, u otras situaciones importantes que pudieran afectar el proceso de evaluación:

Acomodos necesarios para la provisión de estos servicios:

- No se requieren acomodos para proveer el servicio
- Acomodo requerido para el estudiante. Describa:
- Acomodo requerido para el acompañante. Describa:

Preparado por (nombre en letra de molde)

Firma

Fecha

Nombre del Padre o Encargado

Firma

Fecha

