



Secretaría Asociada de Educación Especial
SAEE-AT-2014-7

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

INFORME SOBRE USO DE EQUIPO DE ASISTENCIA TECNOLÓGICA

Nombre del estudiante: _____ # SIE: _____

Escuela: _____ Distrito: _____ Municipio: _____

Equipos asignados al estudiante	Frecuencia de uso del equipo (diario, semanal, mensual casi nunca, no lo usa). Si algún equipo no se utiliza por alguna razón, debe indicarlo aquí. (Ejemplo: No satisface las necesidades del estudiante, el estudiante no desea utilizarlo, el equipo está dañado, otras.)	Explique <u>cómo</u> el equipo se está integrando a las actividades del salón (utilice espacio adicional de así requerirlo).	¿En qué lugar se utiliza el equipo y dónde está ubicado? (Sala regular, salón de educación especial, servicios relacionados de terapias, hogar. Si está ubicado o viaja al hogar explique la razón)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Indique si el equipo se trasladó de otra escuela diferente a la suya. Sí No

Si la respuesta es sí, indique el nombre de la escuela: _____

Considera que el estudiante **requiere** continuar el uso de los siguientes equipos para el logro de sus metas educativas, debido a: _____

Indique si el estudiante está en espera de algún equipo de asistencia tecnológica. Especifique cuál o cuáles: _____

Nombre y firma del maestro

Firma del director

Fecha

P.O. Box 190759
San Juan, Puerto Rico 00919-0759
Tel: (787) 773-5800

