



Documentación de Intervenciones

Office of Student and Family Support and Engagement
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 272-10
Octubre 2016
Página 1 de 2

CPS ___/___/___
Fecha

EMT ___/___/___
Fecha

Estudiante _____ No. de Estudiante _____

Escuela _____ Maestro/a _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Fecha de Matrícula en MCPS ___/___/___

PADRE/MADRE/GUARDIÁN

Nombre:

Domicilio:

Teléfono de la Casa:

Teléfono Celular u Otro:

PLAN

Consideraciones para Resolución del Problema/s: Describa lo más específicamente posible.

Identifique el Problema (Use términos claros y medibles):

Factores Que Afectan al Problema Identificado (Entorno, Currículum y/o Instrucción):

Defina la Meta (Identifique el objetivo que debe alcanzar el/la estudiante para una fecha, comparado con dónde se encuentra el/la estudiante en este momento):

QUÉ HACER

Nombre de la Intervención No. 1:

Fecha de Inicio ___/___/___	Punto de Referencia de Nivel de Rendimiento	Ritmo de Progreso Esperado:
Área Académica:		Comportamiento:
Tamaño de grupo (marque uno): <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 10-20 <input type="checkbox"/> Toda la clase		
Frecuencia (marque uno): <input type="checkbox"/> 1 vez/semana <input type="checkbox"/> 2 veces/semana <input type="checkbox"/> 3 veces/semana <input type="checkbox"/> 4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente		
Duración (marque uno): <input type="checkbox"/> 15 min. <input type="checkbox"/> 20 min. <input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 45 min. <input type="checkbox"/> Otro:		
Intervención proporcionada por:		
Fecha de Finalización ___/___/___	Instrumento para Supervisar el Progreso:	Frecuencia de Supervisión de Progreso:

Nombre de la Intervención No. 2:

Fecha de Inicio ___/___/___	Punto de Referencia de Nivel de Rendimiento	Ritmo de Progreso Esperado:
Área Académica:		Comportamiento:
Tamaño de grupo (marque uno): <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 10-20 <input type="checkbox"/> Toda la clase		
Frecuencia (marque uno): <input type="checkbox"/> 1 vez/semana <input type="checkbox"/> 2 veces/semana <input type="checkbox"/> 3 veces/semana <input type="checkbox"/> 4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente		
Duración (marque uno): <input type="checkbox"/> 15 min. <input type="checkbox"/> 20 min. <input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 45 min. <input type="checkbox"/> Otro:		
Intervención proporcionada por:		
Fecha de Finalización ___/___/___	Instrumento para Supervisar el Progreso:	Frecuencia de Supervisión del Progreso:

ESTUDIO

Efecto de las intervenciones en el rendimiento del/de la estudiante:

Intervención No. 1

¿Qué evidencia tiene usted de que el/la estudiante alcanzó la meta?

¿Qué evidencia tiene usted de que el/la estudiante no alcanzó la meta?

--	--

--	--

Intervención No. 2

¿Qué evidencia tiene usted de que el/la estudiante alcanzó la meta?

¿Qué evidencia tiene usted de que el/la estudiante no alcanzó la meta?

--	--

--	--

ACTUAR

¿Se debería continuar, cambiar o discontinuar la intervención/estrategia? Por favor, explique.

Intervención No. 1

--

Intervención No. 2

--

Liste cualquier intervención que actualmente se esté proporcionando al/la estudiante fuera de la escuela:

--