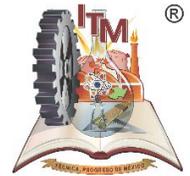




Plan de atención de necesidades especiales



Fecha: _____

Folio del Atención: (2) _____

Nombre del estudiante: (3) _____

Carrera y N° de control: (4) _____

Descripción de necesidades especiales: (5)

Descripción del plan de atención: (6)

Otros recursos requeridos para la atención: (7)

Método de evaluación: (8)

Método o técnica	% de Evaluación

Seguimiento y resultados: (9)

Resultados parciales		Resultados finales	
Medio termino	Total	2ª oportunidad	Final

<p>Se alcanzó eficacia en el aprendizaje: (10)</p> <p>Sí _____ No _____</p>	<p>Se realizaron cambios no planificados: (11)</p> <p>Sí _____ No _____</p>	<p>Se requieren cambios en el siguiente semestre: (12)</p> <p>Sí _____ No _____</p>
---	---	---



Plan de atención de necesidades especiales



Definió el plan: (13)	Autorizó el plan: (14)	Valida resultados: (15)
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre, Firma y Fecha

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Número	Descripción
1	Anotar la fecha en que se elabora el formato.
2	Anotar el número consecutivo que se da al plan realizado de forma interna por cada área.
3	Anotar el nombre completo del estudiante que tiene necesidades especiales de atención.
4	Anotar la carrera y el N° de control del estudiante que tiene necesidades especiales de atención.
5	Descripción de necesidades especiales de atención.
6	Descripción del plan de atención.
7	Descripción de otros recursos requeridos para la atención.
8	Definición del método de evaluación.
9	Seguimiento y resultados (calificaciones).
10	Medición de la eficacia del aprendizaje.
11	Responder si se realizaron cambios al plan definido de atención.
12	Responder si se requieren cambios para la mejora en los métodos y resultados en el plan.
13	Anotar el nombre y firma de la(s) persona (s) que definió (erón) el plan de atención.
14	Anotar el nombre y firma del jefe de departamento que autorizó el plan a implementar.
15	Anotar nombre y firma del Subdirector/a académico y la fecha de validación.