



Observación en el Salón de Clase

CONFIDENCIAL

Office of Special Education
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
850 Hungerford Drive, Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 336-21
Mayo 2017
Página 1 de 2

INSTRUCCIONES

Esta observación se deberá enfocar en problemas identificados en la remisión.

PARTE I: INFORMACIÓN

Nombre del/de la Estudiante: Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

No. de Estudiante _____

Formulario Completado por: Nombre _____ Cargo/Puesto _____ Fecha ____/____/____

Área Académica/Clase Observada _____

Maestro/a _____ Proporción de Estudiantes por Maestro/a ____/____

Observación: Hora de Inicio ____:____ Hora de Finalización ____:____ Tiempo Total _____ minutos

PARTE II: ENTORNO

Describe:

PARTE III: OBSERVACIÓN

Describe la tarea:

Describe el rendimiento del/de la estudiante:

PARTE IV: Clasifique al/a la estudiante con una tilde en la casilla más apropiada para cada una de las áreas listadas abajo.

	Comportamiento No Observado	Problema Significativo	Algo de Problema	No Hay Problema	Fortaleza	Comentarios
Escuchar con atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Expresión oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Destrezas básicas de lectura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comprensión de lectura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Expresión escrita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cálculo matemático (_____) <small>OPERACIÓN</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Razonamiento matemático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Discriminación (visual/auditiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Memoria (visual/auditiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coordinación visomotriz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nivel de actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interacción social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hábitos de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cumplimiento de tarea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Motivación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Comente sobre cualquier otro comportamiento observado que sea relevante:

¿Siente el maestro/a de la clase que el comportamiento observado es representativo de comportamiento usual para este/a estudiante en esta clase? Sí No