

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Número de Identificación \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Maestro/a \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ LEP Si \_\_\_ No \_\_\_ Negado Si \_\_\_ No \_\_\_ Idioma de Instrucción \_\_\_\_\_  
 Educación Especial Si \_\_\_ No \_\_\_ Dislexia Sí \_\_\_ No \_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## PLAN DE RESPUESTA A INTERVENCIÓN (RtI) ESTUDIANTE SECUNDARIA

**Esta forma es llenada y puesta al corriente por el/la maestro/a de clase en conjunción con profesionales.**

**Indique el comportamiento/otras áreas principales de dificultad. [Necesita información para apoyar]**

- |                                                                  |                                                          |                                                       |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Completa tareas                         | <input type="checkbox"/> Constantemente rompe las reglas | <input type="checkbox"/> Nivel de ansiedad            |
| <input type="checkbox"/> Nivel de distracción                    | <input type="checkbox"/> Argumentativo                   | <input type="checkbox"/> Nivel de baja energía        |
| <input type="checkbox"/> Duración de atención corta              | <input type="checkbox"/> Frecuentes berrinches           | <input type="checkbox"/> Tristeza, Lloroso            |
| <input type="checkbox"/> Nivel de alta actividad                 | <input type="checkbox"/> Pelea                           | <input type="checkbox"/> Socialmente retraído         |
| <input type="checkbox"/> Actúa/responde antes de pensar          | <input type="checkbox"/> Evita responsabilidad           | <input type="checkbox"/> Baja concentración currículo |
| <input type="checkbox"/> Pobre organización y hábitos de trabajo | <input type="checkbox"/> Confusión                       | <input type="checkbox"/> Exige constante atención     |

**Indique el área de dificultad mayor del estudiante. [Necesita información para apoyar]**

- |                                                 |                                                                    |                                                                                 |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Expresión oral         | <input type="checkbox"/> Lectura oral (reconocimiento de palabras) | <input type="checkbox"/> Cálculación matemática                                 |
| <input type="checkbox"/> Articulación           | <input type="checkbox"/> Ortografía                                | <input type="checkbox"/> Razonamiento matemático                                |
| <input type="checkbox"/> Fonética               | <input type="checkbox"/> Escritura                                 | <input type="checkbox"/> Entendimiento de conceptos                             |
| <input type="checkbox"/> Comprensión auditiva   | <input type="checkbox"/> Lenguaje escrito                          | <input type="checkbox"/> Retención de material aprendido (bajas calificaciones) |
| <input type="checkbox"/> Vocabulario            | <input type="checkbox"/> Seguir instrucciones orales               | <input type="checkbox"/> Grado de aprovechamiento en comparación con compañeros |
| <input type="checkbox"/> Descodificar           | <input type="checkbox"/> Seguir instrucciones escritas             |                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Comprensión de lectura | <input type="checkbox"/> Recordando detalles                       |                                                                                 |

**Esta información es un registro de estrategias intentadas en respuesta a las dificultades mencionadas arriba. Documentos de maestro/respuesta.**

NIVEL I Comportamiento (Exitoso con 80-85% de los estudiantes)	# de semanas intentadas (15-18)	Progreso/ No Progreso (P/NP)	Iniciales del maestro/ Fecha
<b>COMPORTAMIENTO/MÉDICO (Requerido de todos los estudiantes)</b>			
1. La historia médica ha sido revisada.			
2. El oído y la visión han sido revisados-completar RtI forma de la salud.			
3. Reportes médicos han sido recibidos han sido recibidos y revisados por el personal apropiado. (NOTA: PARA SECCION 504, REVISAR MÉDICO Y MOVER AL REGISTRO de ESTADO.)			
<b>AMBIENTE EN EL SALÓN DE CLASE (Requerido de todos los estudiantes)</b>			
1. Reglas del salón de clase son puestas y enseñadas/repasadas cada dos semanas.			
2. El salón de clase tiene rutinas y procedimientos regulares que son claros, enseñados y practicados 1x2 semanas mínimo.			
3. El sistema de manejo de comportamiento es claramente desplegado y ha sido enseñado a todos los estudiantes.			
4. Una cantidad apropiada de interacciones positivas/atención no contingente (3 positivos a 1 negativo).			
5. Consecuencias de asistencia han sido dirigidos.			
<b>APOYO DE COMPORTAMIENTO POSITIVO (Requerido para referencias de comportamiento)</b>			
1. Cantidad de elogios del comportamiento apropiado (3 positivos a 1 negativo).			
2. Platicas privadas			
3. Señas no-verbales			
4. Control de proximidad			
5. Oportunidades de restablecer la compostura			
6. Contratos de comportamiento /académico			
7. Trabajos del salón de clase- rotados y asignados con igualdad			
8. Oportunidades de rehacer tareas para crédito			
9. Conferencia de padre(s) y/o contacto positivo (notas) a padre-primer contacto es positivo.			
10. Referir con el consejero			
11. Consulta BSP/LSSP e implementación de estrategias para manejo del salón.			