



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Asociada de Educación Especial



PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO

Año Escolar: _____

PEI Inicial _____

Revisión _____

I. Información del estudiante

Nombre y apellidos	Edad (años/meses)
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Núm. de Registro
Núm. de Estudiante	Región
Comentarios de salud	

II. Información de evaluaciones realizadas:

Evaluación	Fecha	Evaluación	Fecha
Historial del desarrollo		Oftalmológica	
Educativa/ Informe Académico		Audiológica	
Psicológica		Psiquiátrica	
Habla y lenguaje		Vocacional	
Terapia ocupacional		Otras	
Terapia física			
Medica		Reevaluación trianual (Análisis de la Información Existente)	

III. Descripción del funcionamiento del estudiante

A. Nivel actual de funcionamiento académico general

B. Indique el impedimento. Explique cómo éste afecta la participación y progreso del estudiante en el currículo general:

C. Si el estudiante muestra una conducta inapropiada que impide su aprendizaje y progreso o el de otros:

1. Describa la conducta que necesita ser modificada:

2. Describa las estrategias o métodos que se utilizarán para modificar la conducta identificada:

3. Describa cómo la familia colaborará para modificar esta conducta:

--	--

D. Si el estudiante tiene o cumplirá 16 años en el periodo de implantación de este PEI, describa brevemente la visión de lo que se espera que ocurra en su vida postescolar en las siguientes áreas:

Educación:	
Adiestramiento:	
Empleo:	
Vida independiente:	

IV. Áreas que se desarrollarán en este PEI

	Social-emocional
	Habla y lenguaje
	Lectura
	Escritura
	Matemáticas
	Sensorial
	Perceptual

	Desarrollo motor
	Destrezas de vida independiente (ayuda propia y diario vivir)
	Adiestramiento pre vocacional o vocacional
	Destrezas para el empleo
	Otras experiencias y destrezas de transición para la vida adulta

V^(a). Programa de Servicios

Área	Fortalezas	Necesidades	Metas medibles	Progreso			
				10s	20s	30s	40s

Procedimientos que se utilizarán para evaluar el progreso del estudiante

Pruebas cortas
Pruebas diagnósticas
Pruebas de ejecución

Observaciones escritas
Trabajos escritos
Muestras de trabajos

Libretas (trabajos diarios)
Proyectos
Otros

Escala para medir el progreso del estudiante hacia el logro de las metas:

L1	Muestra interés y lo intenta	L4	Lo logra por sí mismo en forma inconsistente
L2	Lo logra con mucho apoyo, dirección y uso de claves	L5	Lo logra en forma independiente y consistente
L3	Lo logra con algún apoyo, dirección y uso de claves	N/A	No aplica

V^(b) . Programa de Servicios (para estudiantes identificados con impedimentos cognoscitivos significativos y preescolares: 3 a 5 años)

Área	Fortalezas	Necesidades	Metas medibles y objetivos a corto plazo	Progreso			
				10s	20s	30s	40s
			Meta: Objetivo(s):				
			Meta: Objetivo(s):				

Procedimientos que se utilizarán para evaluar el progreso del estudiante

Pruebas cortas
Pruebas diagnósticas
Pruebas de ejecución

Observaciones escritas
Trabajos escritos
Muestras de trabajos

Libretas (trabajos diarios)
Proyectos
Otros

Escala para medir el progreso del estudiante hacia el logro de las metas:

L1	Muestra interés y lo intenta	L4	Lo logra por sí mismo en forma inconsistente
L2	Lo logra con mucho apoyo, dirección y uso de claves	L5	Lo logra en forma independiente y consistente
L3	Lo logra con algún apoyo, dirección y uso de claves	N/A	No aplica

V^(e). Programa de Servicios para los estudiantes en proceso de transición (si aplica)

Área	Fortalezas	Necesidades	Metas medibles y objetivos a corto plazo	Progreso			
				10s	20s	30s	40s
Instrucción			Meta: *Objetivo(s):				
Empleo			Meta: *Objetivo(s):				

Procedimientos que se utilizarán para evaluar el progreso del estudiante

Pruebas cortas
Pruebas diagnósticas
Pruebas de ejecución

Observaciones escritas
Trabajos escritos
Muestras de trabajos

Libretas (trabajo diario)
Proyectos
Otros

Escala para medir el progreso del estudiante hacia el logro de las metas:

L1	Muestra interés y lo intenta	L4	Lo logra por sí mismo en forma inconsistente
L2	Lo logra con mucho apoyo, dirección y uso de claves	L5	Lo logra en forma independiente y consistente
L3	Lo logra con algún apoyo, dirección y uso de claves	N/A	No aplica

***Solo para estudiantes con impedimentos cognoscitivos significativos**

V^(e). Continuación del programa servicios para los estudiantes en proceso de transición (si aplica)

Área	Fortalezas	Necesidades	Metas medibles	Progreso			
				10s	20s	30s	40s
Adiestramiento			Meta:				
Otras experiencias para la vida adulta			*Objetivo(s):				
Vida independiente			Meta:				
			*Objetivo(s):				

Procedimientos que se utilizarán para evaluar el progreso del estudiante

Pruebas cortas
Pruebas diagnósticas
Pruebas de ejecución

Observaciones escritas
Trabajos escritos
Muestras de trabajos

Libretas (trabajos diarios)
Proyectos
Otros

Escala para medir el progreso del estudiante hacia el logro de las metas:

L1	Muestra interés y lo intenta	L4	Lo logra por sí mismo en forma inconsistente
L2	Lo logra con mucho apoyo, dirección y uso de claves	L5	Lo logra en forma independiente y consistente
L3	Lo logra con algún apoyo, dirección y uso de claves	N/A	No aplica

*Solo para estudiantes con impedimentos cognoscitivos significativos

VI. Otras consideraciones y servicios

A. Grado que cursará el estudiante

B. Áreas académicas en las que participará en el salón regular:

--

D. Áreas y actividades extracurriculares en las cuales el estudiante participará con estudiantes regulares

<input type="checkbox"/>	Educación Física Regular	<input type="checkbox"/>	Día de Juegos	<input type="checkbox"/>	Banda
<input type="checkbox"/>	Comedor Escolar	<input type="checkbox"/>	Arte	<input type="checkbox"/>	Otras
<input type="checkbox"/>	Biblioteca	<input type="checkbox"/>	Música	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Excursiones	<input type="checkbox"/>	Teatro	<input type="checkbox"/>	

C. Explique hasta qué punto el estudiante no participará en el currículo general en el salón regular y las razones:

--

E. Explique las razones por las cuales el estudiante no participará de las actividades que no fueron marcadas:

--

F. Acomodos que necesita el estudiante para participar en el proceso de enseñanza y aprendizaje

<input type="checkbox"/>	Tiempo adicional	<input type="checkbox"/>	Uso de ábaco	<input type="checkbox"/>	Uso de letra agrandada	<input type="checkbox"/>	Otros:
<input type="checkbox"/>	Uso de calculadora	<input type="checkbox"/>	Ubicación del pupitre	<input type="checkbox"/>	Uso del braille	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Uso de grabadora	<input type="checkbox"/>	Equipos de alta tecnología	<input type="checkbox"/>	Uso de audio	<input type="checkbox"/>	

G. Programa de Medición por el cual se evaluará el progreso académico y funcional del estudiante

Programa de Medición Regular		Evaluación Alternativa	
Sin acomodados	Con acomodados Indique cuáles:	Alineada con estándares de aprovechamiento alternos (portafolio)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Si el estudiante no participará en el programa de medición regular, explique las razones y por qué la evaluación alterna seleccionada es la apropiada:

--

I. Necesidades de servicios o de apoyo del estudiante que serán atendidas en el ámbito escolar			
<input type="checkbox"/>	movilidad	<input type="checkbox"/>	instrucción en el uso del braille
<input type="checkbox"/>	catesterización/ frecuencia	<input type="checkbox"/>	asistencia en comunicación
<input type="checkbox"/>	higiene	<input type="checkbox"/>	otras
<input type="checkbox"/>	alimentación	<input type="checkbox"/>	

J. Modificaciones al programa y apoyos para el personal que trabaja con el estudiante, en beneficio de éste. Explique:	
<input type="checkbox"/>	adiestramiento básico
<input type="checkbox"/>	cambio en horario de clases
<input type="checkbox"/>	reuniones con el equipo de trabajo
<input type="checkbox"/>	otros

K. Servicios y equipos de asistencia tecnológica (AT)	
<input type="checkbox"/>	Evaluación y/o servicio de AT dirigidos a:
<input type="checkbox"/>	Equipo asistivo recomendado por el Comité Asesor de Asistencia Tecnológica. Descripción del equipo:
<input type="checkbox"/>	Equipo asistivo disponible en la escuela que será utilizado por el estudiante:
<input type="checkbox"/>	No se evidencian necesidades en esta área

VII. Año Escolar Extendido

Se recomiendan servicios de año escolar extendido

Sí No

indique los servicios o áreas del PEI que requieran ser implantadas durante el año escolar extendido, así como la frecuencia de los mismos.

VIII (a). Análisis de Alternativa de Ubicación

A. Marque con una X las alternativas de ubicación consideradas. Para aquellas que fueron descartadas, indique las razones

Alternativas		Razones para descartarlas	
	Salón regular con servicios suplementarios y de apoyo		
	Salón regular con servicios de salón recurso		
	Salón especial en escuela regular		
	Escuela especial		
	Instrucción en el hogar		
	Instrucción en hospital		
	Institución		

Alternativa de ubicación recomendada:

B. Servicios

Servicios	Transportación			Frecuencia	Duración	Lugar
	R	B	P			
Educación Especial						
Terapia de Habla						
Terapia Ocupacional						
Terapia Psicológica						
Terapia Física						
Otros						

Leyenda: R= Regular B = Beca P = Porteador

C. Fecha proyectada de inicio de los servicios: _____

VIII(b). Análisis de Alternativa de Ubicación (preescolar: 3 a 5 años)

A. Marque con una X las alternativas de ubicación consideradas. Para aquéllas que fueron descartadas, indique las razones

Alternativas		Razones para descartarlas	
	Programa Regular de Educación Temprana a tiempo completo		
	Programa Regular de Educación Temprana y Salón Recurso		
	Salón de Educación Especial y Programa Regular de Educación Temprana		
	Salón de Educación Especial a tiempo completo		
	Salón de Educación Especial en escuela separada		
	Servicios en facilidad residencial		
	Servicios en el hogar		
	Servicios en oficina del proveedor		
Alternativa de ubicación recomendada:			

B. Servicios

Servicios	Transportación			Frecuencia	Duración	Lugar
	R	B	P			
Educación Especial						
Terapia de Habla						
Terapia Ocupacional						
Terapia Psicológica						
Terapia Física						
Otros						

Leyenda: R= Regular B = Beca P = Porteador

C. Fecha proyectada de inicio de los servicios: _____

IX. Participación de la familia y otras agencias

A. Describa la participación de otras agencias en la provisión de servicios recomendados para el estudiante

Agencia que pagará/ proveerá	Persona contacto	Servicios a ser provistos

B. Describa la participación de la familia en el desarrollo de las actividades recomendadas

--

X. Describa la manera en que se informará a los padres sobre el progreso del estudiante

--	--

XII. Transferencia de derechos

Declaración de transferencia de derechos al estudiante, al éste alcanzar la mayoría de edad, de acuerdo a la ley estatal. (Se requiere que se notifique al estudiante un año antes de que cumpla la mayoría de edad).

Certifico que he sido informado sobre los derechos que se me transferirán al cumplir la mayoría de edad, bajo la Ley Estatal vigente.

Firma del estudiante: _____

XIII. Firmas de los miembros del Comité de Programación y Ubicación:

Firma	Puesto	Fecha	Firma	Puesto	Fecha

Firma del director o encargado de la escuela en la que se implantará el PEI: _____ Fecha: _____