



Ministerio de Educación  
Guatemala

# Informe Final de Adecuaciones Curriculares

## Nivel de Educación Media -Ciclo Básico-

### Ciclo escolar

Código del establecimiento educativo

□□ - □□ - □□□□ - □□

#### Datos del Centro Educativo

Nombre del Centro Educativo

Dirección del Centro Educativo

Departamental de Educación  Municipio

Sector  Jornada  Modalidad

Nombre del/la Director(a)

Nombres Apellidos

#### Datos del/la estudiante

Nombre del/la estudiante

Nombres Apellidos

Código personal  -  -  Fecha de nacimiento  /  /  Edad

Día Mes Año

Sexo  Comunidad étnica  Grado  Sección

#### Necesidades Educativas Especiales asociadas a discapacidad que presenta el estudiante

<p style="text-align: center;"><b>Discapacidad auditiva</b></p> <p><input type="radio"/> Hipoacusia      <input type="radio"/> Sordera</p> <p>¿Utiliza aparato auditivo?      <input type="radio"/> Sí      <input type="radio"/> No</p> <p>¿Se comunica con lengua de señas?      <input type="radio"/> Sí      <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Gente pequeña</p> <p><input type="radio"/> Discapacidad física o motora <input type="text"/></p> <p><input type="radio"/> Enfermedades raras o síndrome asociado a discapacidad <input type="text"/></p> <p><input type="radio"/> Discapacidad múltiple <input type="text"/></p> <p><input type="radio"/> Discapacidad Mental o Psicosocial <input type="text"/></p> <p>Describe con sus palabras algunas características relevantes sobre la NEE que presenta el estudiante. <input type="text"/></p>	<p style="text-align: center;"><b>Discapacidad visual</b></p> <p><input type="radio"/> Baja visión      ¿Utiliza ayudas ópticas?      <input type="radio"/> Sí      <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Ceguera      ¿Lee y escribe en Sistema Braille?      <input type="radio"/> Sí      <input type="radio"/> No</p> <p style="text-align: center;"><b>Sordoceguera</b></p> <p><input type="radio"/> ¿Se comunica con lengua de señas?      <input type="radio"/> Sí      <input type="radio"/> No</p> <p style="text-align: center;"><b>Trastornos del Neurodesarrollo</b></p> <p><input type="radio"/> Discapacidad Intelectual      <input type="radio"/> Trastorno del Espectro Autista</p> <p><input type="radio"/> Otra (describe) <input type="text"/></p>
---	--

**Continúe en la siguiente**

Los infrascritos declaramos y juramos que la información consignada es verídica.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_



Nombre del/la Director(a) del Centro Educativo



Nombre del/la Supervisor(a) Educativo(a)



Nombre del/la Coordinador(a) de Educación Especial

NOTA: Ley de Educación Especial para las personas con Capacidades Especiales, Decreto Legislativo 58-2007 de fecha 13 de noviembre de 2007, artículo 8. Acuerdo Ministerial 1171-2010, Reglamento de Evaluación de los Aprendizajes, de fecha 15 de julio de 2010. Artículo 40 y 41.

