



Ministerio de Educación  
Guatemala

# Informe Inicial de Adecuaciones Curriculares Nivel de Educación Media -Ciclo Diversificado- Ciclo escolar

**FORMA A**

Código del Centro Educativo

---

## Datos del Centro Educativo

Nombre del Centro Educativo

Dirección del Centro Educativo

Departamento  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

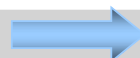
Sexo  Comunidad étnica  Grado  Sección

Nombre de la carrera

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

Discapacidad auditiva	Discapacidad visual
<input type="radio"/> Hipoacusia <input type="radio"/> Sordera <input type="radio"/> ¿Utiliza aparato auditivo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Se comunica con lengua de señas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Baja visión      ¿Utiliza ayudas ópticas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Ceguera      ¿Lee y escribe en Sistema Braille? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Gente pequeña <input type="radio"/> Discapacidad física o motora <input type="text"/> <input type="radio"/> Enfermedades raras o síndrome asociado a discapacidad <input type="text"/> <input type="radio"/> Discapacidad múltiple <input type="text"/>	<b>Sordoceguera</b> <input type="radio"/> ¿Se comunica con lengua de señas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<b>Trastornos del Neurodesarrollo</b> <input type="radio"/> Discapacidad Intelectual <input type="radio"/> Trastorno del Espectro Autista <input type="radio"/> Otra (describe) <input type="text"/>	
Describa con sus palabras algunas características relevantes sobre la NEE que presenta el estudiante. <input style="width: 100%;" type="text"/>	

**Continúe en la siguiente**



Lugar y fecha:

**SELLO**

**SELLO**

Nombre del/la Director(a) del Centro Educativo

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

**SELLO**

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.

a) Original para el Centro Educativo

b) Original para Supervisión Educativa

c) Original y copia digital a Coordinación Departamental de Educación Especial

