

**REVISION DE PROGRAMAS EDUCACIÓN ESPECIAL**  
**(¿DEBE REGRESAR MI HIJO/A A LA ESCUELA?)**

Capítulos Arc no tiene una preferencia en cuanto el regresar o no al programa escolar, o continuar participando en el aprendizaje remoto. La siguiente es una lista de verificación que sirve como una herramienta de factores importantes que le puede orientar al tomar decisiones en relación con su hijo.

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_ Numero de alumnos en la clase: \_\_\_\_\_

La escuela siguiera el calendario tradicional? \_\_\_\_\_

1. ¿A qué horas comienza y termina el día escolar? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuáles son las ventajas de participar en instrucción físicamente presente en la escuela?  
\_\_\_\_ si \_\_\_\_ no instrucción directa  
\_\_\_\_ si \_\_\_\_ no aprendizaje con otros alumnos  
\_\_\_\_ si \_\_\_\_ no convivir/jugar con otros alumnos  
\_\_\_\_ si \_\_\_\_ no el desarrollo social  
\_\_\_\_ si \_\_\_\_ no el sentido de pertenecer  
\_\_\_\_ si \_\_\_\_ no ejercicio físico  
\_\_\_\_ si \_\_\_\_ no dar tiempo a los padres/madres trabajar afuera  
\_\_\_\_ si \_\_\_\_ no programa de desayuno/almuerzo  
\_\_\_\_ si \_\_\_\_ no otro
3. ¿Tendremos la opción de regresar a instrucción remota luego? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no
4. Si salga que mi hijo/a necesita retirarse de la escuela, ¿Si se permite? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no
5. ¿Esta escuela ofrece una opción híbrida? (Por ejemplo: parte de instrucción remota/parte de instrucción en vivo) \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no  
Explique: \_\_\_\_\_
6. Si elegimos el plan de aprendizaje remota, ¿Con quién contactamos si necesitamos apoyo técnico con la computadora/internet? \_\_\_\_\_

**PLAN DE LA ESCUELA/CLASE**

1. ¿Cuál es el plan para toda la escuela si un miembro del personal o un estudiante es diagnosticado con COVID 19? \_\_\_\_\_
  - a. ¿Cuál es el plazo para notificar al personal y a los padres? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Se requerirá que el personal y los estudiantes hagan la prueba para COVID? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no
  - c. ¿Se requerirá que el personal y los estudiantes estén en cuarentena en casa? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no
2. ¿Tendrá que desayunar/almorzar en la lonchera o en el salon de clase? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no
3. ¿Cuáles precauciones o medidas protectivas tomarán? ¿Qué tan enseguida? \_\_\_\_\_

- 
4. ¿Cómo responderan el equipo personal si un niño se quita la mascara o se acerca a otro niño menos que 6 pies? \_\_\_\_\_
  5. ¿Asistiera mi hijo las clases de artes/musica/educación física/recreo? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no
  6. ¿Cómo se propocionarían la educación especial y servicios relacionados (térapias)?
    - a. En la escuela \_\_\_\_\_
    - b. De manera remota \_\_\_\_\_
  7. ¿Con cuántas escuelas y alumnos trabaja cada proveedor (maestra de lengua/habla, psicólogo, PT, OT, etc.)? \_\_\_\_\_
  8. ¿Implementara la escuela el plan IEP o 504 como tál? ¿O esperan implementar un plan de contingencia? \_\_\_\_\_
- 

### INFORMACIÓN DEL ALUMNO/A Y SU FAMILIA

1. ¿Está el alumno listo y capáz de usar su máscara por un periodo extendido? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no
  - a. ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ minutos/horas
  - b. ¿Necesitara un descanso de la mascara? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no
2. ¿Sea capáz de observar las reglas de distancia social (6 pies de distancia)? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no
3. ¿Cómo mantiene su hijo el higiene (lavar las manos, etc.)  
\_\_\_\_\_
4. ¿Sea capáz de comunicar síntomas de infección? (dolor de dientes, calentura/fiebre)
5. ¿Cuáles acomodaciones necesitara mi hijo para participar en la escuela?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Hay otras personas de la casa/familia que estén a riesgo para el COVID 19 debido a su trabajo o actividades sociales? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no
7. ¿Cómo nos afectara a la familia si mi/s hijo/s queden todo el día “online” (con la computadora)? \_\_\_\_\_