

Rastreo semanal del suministro de servicios de educación especial para su estudiante

Fecha	¿Cómo se le enseñó a su estudiante hoy?	¿Quién proporcionó instrucción hoy y por cuánto tiempo?	¿Cuáles materias enseñó el maestro de EC (educación especial) hoy?	¿Cuáles otros servicios recibió su estudiante hoy?	¿Su estudiante recibió sus acomodaciones el día de hoy?	Notas (Ej., ¿qué sucedió bien o mal hoy?)
lunes ___/___/20	<input type="checkbox"/> Por Internet / Video - Google Classroom, ZOOM <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Paquetes de trabajo (asignaciones) <input type="checkbox"/> No se le enseñó <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Maestro de EC ___horas ___min <input type="checkbox"/> Maestro de educación regular ___horas ___min <input type="checkbox"/> Nadie	<input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Escritura <input type="checkbox"/> Matemáticas <input type="checkbox"/> Social/emocional <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Habla/lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguna <i>Si algunos, enumérelos:</i>	
martes ___/___/20	<input type="checkbox"/> Por Internet / Video - Google Classroom, ZOOM <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Paquetes de trabajo <input type="checkbox"/> No se le enseñó <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Maestro de EC ___horas ___min <input type="checkbox"/> Maestro de educación regular ___horas ___min <input type="checkbox"/> Nadie	<input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Escritura <input type="checkbox"/> Matemáticas <input type="checkbox"/> Social/emocional <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Habla/lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguna <i>Si algunos, enumérelos:</i>	
miércoles ___/___/20	<input type="checkbox"/> Por Internet / Video - Google Classroom, ZOOM <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Paquetes de trabajo <input type="checkbox"/> No se le enseñó <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Maestro de EC ___horas ___min <input type="checkbox"/> Maestro de educación regular ___horas ___min <input type="checkbox"/> Nadie	<input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Escritura <input type="checkbox"/> Matemáticas <input type="checkbox"/> Social/emocional <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Habla/lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguna <i>Si algunos, enumérelos:</i>	
jueves ___/___/20	<input type="checkbox"/> Por Internet / Video - Google Classroom, ZOOM <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Paquetes de trabajo <input type="checkbox"/> No se le enseñó <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Maestro de EC ___horas ___min <input type="checkbox"/> Maestro de educación regular ___horas ___min <input type="checkbox"/> Nadie	<input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Escritura <input type="checkbox"/> Matemáticas <input type="checkbox"/> Social/emocional <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Habla/lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguna <i>Si algunos, enumérelos:</i>	
viernes ___/___/20	<input type="checkbox"/> Por Internet / Video - Google Classroom, ZOOM <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Paquetes de trabajo <input type="checkbox"/> No se le enseñó <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Maestro de EC ___horas ___min <input type="checkbox"/> Maestro de educación regular ___horas ___min <input type="checkbox"/> Nadie	<input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Escritura <input type="checkbox"/> Matemáticas <input type="checkbox"/> Social/emocional <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Habla/lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguna <i>Si algunos, enumérelos:</i>	