



BIENESTAR ESTUDIANTIL Y CALIDAD DE VIDA
Asesoría Psicoeducativa
Programa Atención de Necesidades Educativas Especiales

ENTREVISTA INICIAL ADECUACION CURRICULAR

FECHA: ___/___/___

a) DATOS GENERALES

NOMBRE ESTUDIANTE: _____

SEXO: () M () F EDAD: _____ F. NACIMIENTO: _____

TELEFONOS: _____ / _____

CORREO ELECTRONICO: _____

PADRE/MADRE/ENCARGADO: _____ TEL _____

COLEGIO DE PROCEDENCIA Y AÑO DE EGRESO: _____

TIPO DE COLEGIO: () ACADEMICO () TECNICO () INSTITUTO () OTRO

CARRERA: _____

CUATRIMESTRE DE INGRESO: _____ CARNET: _____

DIRECCION EXACTA:

PRESENCIA DE EXPEDIENTE () SI () NO

REFERIDO POR: _____

HA SIDO ATENDIDO CON ANTERIORIDAD EN EL CUC () SI () NO

PROFESIONAL _____ FECHA _____

b) CARRERA DE INTERÉS Y RAZONES DE SU ELECCION:

c) APLICACIÓN DE ADECUACIONES:

1) EN PRIMARIA SI _____ NO _____ FECHA: _____

TIPO: _____

MATERIAS: _____

2) EN SECUNDARIA SI _____ NO _____ FECHA: _____

TIPO: _____

MATERIAS: _____

| Adecuación | Escuela | Colegio | Universidad | Adecuación | Escuela | Colegio | Universidad |
|---|---------|---------|-------------|--|---------|---------|-------------|
| Letra ampliada (tipo y tamaño) | | | | Recinto aparte | | | |
| Braille | | | | Más tiempo | | | |
| Uso de máquina Perkins | | | | Interprete de LESCO o intérprete oral | | | |
| Calculadora (anote si es parlante) | | | | Tablas de multiplicar | | | |
| Diccionario | | | | Tutores de materia | | | |
| Lupa/ lentes | | | | Evaluación en trectos | | | |
| Lámpara o mayor iluminación | | | | Accesibilidad a espacios físicos | | | |
| Plantillas | | | | Lector | | | |
| Programas de computación accesibles (JAWS, DRAGON, otros) | | | | Uso del diccionario básico de la Lengua Española | | | |

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|
| Transcriptor | | | | Otros(especifique) | | | |
|--------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|

Materias en las que necesitó (a) Tutores: _____

d) SE LE APLICARON ADECUACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS NACIONALES:

- | | | |
|------------------------------|---------|---------|
| 1) NOVENO | SI_____ | NO_____ |
| 2) UNDÉCIMO | SI_____ | NO_____ |
| 3) EX. ADM. OTRA UNIVERSIDAD | SI_____ | NO_____ |

Específicamente en qué materias se le brindaba adecuaciones y el tipo de adecuaciones aplicadas:

e) VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO PEDAGÓGICO Ó MÉDICO:

Se le ha realizado algún tipo de valoración o diagnóstico pedagógico, psicológico, médico o de algún otro tipo que sustente la necesidad de la aplicación de las adecuaciones (verificar con documentos aportados por el estudiante, si no concuerdan agregar las explicaciones del caso):

SI_____ NO_____

Si su respuesta es **negativa**, explique cómo se definió la necesidad de la aplicación de adecuaciones en su caso.

Si su respuesta es **positiva**, podría en forma breve explicar los resultados y la devolución dada a usted de estos resultados:

f) JUSTIFICACIÓN DE ADECUACIÓN

Explicación en palabras del estudiante de sus necesidades específicas y sus razones del motivo de su solicitud de adecuación.

g) ¿CUÁLES ADECUACIONES CONSIDERA USTED QUE LE PUEDEN APOYAR EN SU PROCESO EDUCATIVO Y POR QUÉ?

h) ¿RECIBE USTED ALGÚN TIPO DE TERAPIA (lenguaje, física, psicológica, otras), TRATAMIENTO MÉDICO O INGIERE ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO ACTUALMENTE?

Tipo de terapia: _____

Nombre especialista: _____

Concluído (años): _____ En curso (Citas): _____

Tratamiento, medicamentos y dosis: _____

i) Materias matriculadas en el _____ cuatrimestre _____

| Materia | Horario | Profesor | Solicito Adecuación |
|---------|---------|----------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

RENDIMIENTO ACADEMICO, TIPO DE APRENDIZAJE Y TECNICAS DE ESTUDIO:

OBSERVACIONES Y ANOTACIONES:

Firma del Estudiante: _____ **Firma del Asesor (a)** _____

Fecha: _____

Fuente: Tomada del material de referencia con cambios de elaboración propia de la Comisión Interinstitucional para el ingreso a la educación Superior Costarricense. Conare 2006-2007.