

**Evidencia de los supervisores/as de la visita a los Centros  
de Experiencias Clínicas Educativas**

**I. Información General**

Fecha: \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017      Horario: \_\_\_\_\_ ( ) am ( ) pm

Nombre del supervisor/a: \_\_\_\_\_

Centro de Experiencias Clínicas Educativas: \_\_\_\_\_

Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Nombre candidato/a: \_\_\_\_\_

Maestro/a cooperador/a: \_\_\_\_\_

Asignatura: \_\_\_\_\_      Grado-grupo: \_\_\_\_\_

**II. Propósito de la visita**

- ( ) Visita de presentación    ( ) Visita de exploración    ( ) Visita de seguimiento    ( ) Visita evaluativa  
( ) Seguimiento cada dos semanas  
( ) Se observó el proceso enseñanza-aprendizaje  
( ) Se observó la administración de un examen  
( ) Otra actividad educativa \_\_\_\_\_

**III. Asistencia**

- ( ) Candidato/a presente      ( ) Candidato/a ausente  
( ) Maestro/a Cooperador/a presente      ( ) Maestro/a Cooperador/a ausente

**IV.**    Unidad : \_\_\_\_\_

      Tema: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma supervisor/a