

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

### I. Información General

Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_      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