



## Uso de los canales sensoriales

**Nombre del estudiante:**

- ¿Usa lentes/lentes de contacto?
- ¿Los está usando en este momento?
- ¿Usa audífonos? En caso afirmativo, ¿derecho o izquierdo?
- ¿Está usando ayudas en este momento?

**Entorno/actividad:**

**Fecha:**

**Nombre del observador:**

*Probable canal primario:*

*Canal(es) sensorial(es) secundario(s):*

**LLAVE:**

V = Visual

T = Tactual

A = Auditivo

O/G = Olfativo/gustativo

P/V = Propioceptivo/vestibular



Comportamiento observado	Canal sensorial				
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V



Comportamiento observado	Canal sensorial				
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
	V	T	A	O/G	P/V
<b>Totales</b>					

Adaptado de Koenig & Holbrook / TSBVI (1993) en colaboración con las Escuelas para Sordos-Ciegos de Arizona. [Rdo. 8/2005]