



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SC: \_\_\_\_\_

### Plan de servicio familiar

Fecha de inicio\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Inicial       Temporal       De seis meses       Anual

Revisión propuesta a los seis meses a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lengua materna\*: \_\_\_\_\_

Segunda lengua: \_\_\_\_\_

#### Familia principal (familia en la que reside el niño)

Padre/tutor\*: \_\_\_\_\_  
Relación\*: \_\_\_\_\_  
Dir. de e-mail: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  NO Divulgar

Padre/tutor: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_  
Dir. de e-mail: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  NO Divulgar

Dirección\*: \_\_\_\_\_  
Ciudad\*: \_\_\_\_\_ Código postal\*: \_\_\_\_\_

Teléfono principal \_\_\_\_\_  
 NO divulgar dirección o teléfono

#### Familia alternativa

Padre/tutor\*: \_\_\_\_\_  
Relación\*: \_\_\_\_\_  
Dir. de e-mail: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  NO Divulgar

Padre/tutor: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_  
Dir. de e-mail: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  NO Divulgar

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono principal \_\_\_\_\_  
 NO divulgar dirección o teléfono

#### Familia alternativa

Padre/tutor\*: \_\_\_\_\_  
Relación\*: \_\_\_\_\_  
Dir. de e-mail: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  NO Divulgar

Padre/tutor: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_  
Dir. de e-mail: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  NO Divulgar

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono principal \_\_\_\_\_  
 NO divulgar dirección o teléfono

**Proveedor de cuidado al niño (si aplica)**

Nombre/Organización\*: \_\_\_\_\_

Teléfono\*: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Dirección\*: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad\*: \_\_\_\_\_ Código postal\*: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Idoneidad actual del niño\***

Fecha actual\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Puntaje estándar:(marque las áreas de dominio)

Motricidad gruesa

Lenguaje receptivo

Adaptación

Motricidad fina

Lenguaje Expresivo

Cognitivo

Lenguaje

Socio/emocional

Diagnóstico médico

Diagnóstico médico calificado que aprueba la guardia para niños. \_\_\_\_\_

Registro médico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Opinión clínica informada

Miembro del equipo de Estimulación Temprana: \_\_\_\_\_ Otro personal: \_\_\_\_\_

Nuestra preocupación sobre la conducta de su hijo es (o son)\*:

En nuestra opinión clínica, las razones específicas por las que su hijo es apto para recibir estimulación temprana son\*:

### Niveles Actuales de Desarrollo

**Salud**


**Visión**


**Oído**


**Motricidad Gruesa** (fortalezas y necesidades relacionadas con el movimiento del cuerpo)


**Motricidadfina** (fortalezas y necesidades relacionadas con el uso de manos y dedos)


Niveles actuales de desarrollo (cont.)

**Cognitivo** (fortalezas y necesidades relacionadas con el pensamiento y el aprendizaje)


**Comunicación Receptiva** (fortalezas y necesidades relacionadas con el entendimiento de palabras, gestos y signos)


**Comunicación Expresiva** (fortalezas y necesidades relacionadas con el uso de palabras, gestos y signos)


**Social o Emocional** (fortalezas y necesidades relacionadas con expresar y responder a sentimientos y a interactuar con otros.)


**Adaptable** (Fortalezas y necesidades relacionadas con vestirse, alimentarse, asearse, ir al baño, responsabilidades domésticas)


**Otras narraciones**


### Resumen de información recolectada de la familia.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Herramienta para la evaluación familiar\*:  
(marque solo uno)

- Un estudio de rutina
- Programa de resucitación
- Evaluación cancelada por la familia

Comentarios de la familia (se pueden agregar comentarios de la familia si se cancela la evaluación)


### Preocupaciones, prioridades y recursos de la familia

Preocupaciones de la familia\*


Prioridades de la familia\*


Recursos de la familia\*


Resultados de la estimulación temprana

Núm.*	Fecha*	Resultado: Lo que quiero para mi hijo y mi familia*	Actividades/estrategias (incluir quién se verá afectado)	Análisis (más reciente)
				Fecha: Clasificador: Clasificación: A PA NA D Comentarios:
				Fecha: Clasificador: Clasificación: A PA NA D Comentarios:
				Fecha: Clasificador: Clasificación: A PA NA D Comentarios:
				Fecha: Clasificador: Clasificación: A PA NA D Comentarios:

Clasificación del análisis, Referencias: A = Objetivo Alcanzado PA = Parcialmente alcanzado NA = No alcanzado D = Discontinuo

### Servicios

Categoría del servicio: \* \_\_\_\_\_

Intensidad: \*  Individual  Grupal Duración: \* \_\_\_ meses

Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Detalles del Servicio

Fecha de inicio: \* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Frecuencia: \* \_\_\_ x  Semana  Mes  Año Duración: \* \_\_\_ min.

Lugar del servicio: \*  Casa  Comunidad  Otro \_\_\_\_\_

Proveedor del servicio: \* \_\_\_\_\_

Transporte: \*  N/S N/A  Rechazado  Aceptado \_\_\_ kilómetros aprox. por viaje

Categoría del servicio: \* \_\_\_\_\_

Intensidad: \*  Individual  Grupal Duración: \* \_\_\_ meses

Fecha de inicio \* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Detalles del Servicio

Fecha de inicio: \* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Frecuencia: \* \_\_\_ x  Semana  Mes  Año Duración: \* \_\_\_ min.

Lugar del servicio: \*  Casa  Comunidad  Otro \_\_\_\_\_

Proveedor de servicio: \* \_\_\_\_\_

Transporte: \*  N/S N/C  Rechazado  Aceptado \_\_\_ kilómetros aprox. por viaje

Categoría del servicio: \* \_\_\_\_\_

Intensidad: \*  Individual  Grupal Duración: \* \_\_\_ meses

Fecha de inicio: \* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Detalles del servicio

Fecha de inicio: \* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Frecuencia: \* \_\_\_ x  Semana  Mes  Año Duración: \* \_\_\_ min.

Lugar de servicio\*  Casa  Comunidad  Otro \_\_\_\_\_

Proveedor de servicio: \* \_\_\_\_\_

Transporte: \*  N/S N/C  Rechazado  Aceptado \_\_\_ kilómetros aprox. por viaje

#### Categorías del Servicio

- Instrucciones especiales
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Patologías del habla
- Entrenamiento familiar
- Tecnología asistencial
- Audiología
- Servicios de Salud
- Médico
- Enfermería
- Nutrición
- Psicológico
- Servicios de relevo
- Coordinación del servicio
- Trabajo social
- Lenguaje de señas y
- Palabras complementadas
- Programa para padres de ciegos/diminuidos visuales
- Programa para padres de ciegos/diminuidos visuales Grupo de bebés mayores
- Programa para padres de niños sordos
- Programa para padres de bebés mayores sordos
- Grupo
- Programa para padres de lenguaje de señas y palabras complementadas
- Comunicación con la escuela de Utah para ciegos y sordos (USDB por sus siglas en inglés)
- Interventor
- USDB Sordos/ciegos
- USDB Sordos Mentores de la USDB Orientación y movilidad

Justificaciones

**Justificaciones de ubicación**

Servicio y lugar que requieren justificación \_\_\_\_\_

Explique por qué no se puede alcanzar el resultado si el servicio es brindado en el ambiente natural.\*


Explique cómo los servicios brindados fuera del ambiente natural serán generalizados en la organización de actividades y en la rutina de la familia.\*


Describa el plan que sería necesario llevar a cabo para que se cumpla el objetivo en un ambiente natural.\*


**Justificaciones de ubicación**

Servicio y lugar que requieren justificación \_\_\_\_\_

Explique por qué no se puede alcanzar el resultado si el servicio es brindado en el ambiente natural.\*


Explique cómo los servicios brindados fuera del ambiente natural serán generalizados en la organización de actividades y en la rutina de la familia.\*


Describa el plan que sería necesario llevar a cabo para que se cumpla el objetivo en un ambiente natural.\*


**Servicios que no son de Estimulación Temprana**

(Cualquier servicio que el niño o la familia necesitan o reciben por otro medio, pero que no son ni requeridos ni fundamentados por la Parte C):

Proveedor de otro servicio:\* \_\_\_\_\_

Observaciones


Proveedor de otro servicio\* \_\_\_\_\_

Observaciones


### Firmas

Yo (padre o tutor) he participado en el desarrollo de este Programa de servicio familiar y entiendo que puedo aceptar o rechazar uno o todos los servicios proporcionados. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para los servicios en cualquier momento.

Entiendo que mi firma indica que: (a) He sido informado de los servicios que se me proponen; (b) He recibido el cuadernillo de "Derechos de los Padres de los Bebés de la Guardia de Estimulación Temprana" y entiendo mis derechos como padre en la estimulación temprana; y (c) Doy consentimiento para llevar a cabo nuestro Programa de Servicio Familiar tal como está escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor\*

\_\_\_\_\_  
Fecha\* (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor\*

\_\_\_\_\_  
Fecha\* (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Coordinador del servicio\*

\_\_\_\_\_  
Fecha\* (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Otros participantes

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Otros participantes

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa)

#### INFORMACIÓN DE TRANSICIÓN

El proveedor de Estimulación Temprana brinda sus servicios a niños idóneos de cero a tres años. Cuando su hijo cumpla 27 meses, el representante del programa de estimulación temprana charlará con usted las posibles opciones para el futuro, dependiendo de las habilidades de su hijo. Su hijo de tres años puede ser apto para educación pre escolar especial, o puede considerar otro tipo de comunidad pre escolar. Si su hijo no es apto para educación preescolar especial, su coordinador o proveedor lo ayudará a identificar las opciones de comunidades de educación preescolar. Se desarrollará un plan de transición para ayudar a su familia a pasar de la estimulación temprana a otros servicios que sean apropiados.