



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\*: \_\_\_\_\_

Padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación\*: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dir. de e-mail: \_\_\_\_\_

Dir. de e-mail: \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  NO Divulgar

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  NO Divulgar

Dirección\*: \_\_\_\_\_

Teléfono principal \_\_\_\_\_

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

NO divulgar dirección o teléfono

#### Familia alternativa

Padre/tutor\*: \_\_\_\_\_

Padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación\*: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dir. de e-mail: \_\_\_\_\_

Dir. de e-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  NO Divulgar

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  NO Divulgar

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono principal \_\_\_\_\_

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

NO divulgar dirección o teléfono

#### Familia alternativa

Padre/tutor\*: \_\_\_\_\_

Padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación\*: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dir. de e-mail: \_\_\_\_\_

Dir. de e-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  NO Divulgar

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  NO Divulgar

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono principal \_\_\_\_\_

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

NO divulgar dirección o teléfono

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

Programa de servicio familiar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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\*: