

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
