

Programa de Servicios de Intervención del Condado de Ventura
ENCUESTA DEL COMIENZO TEMPRANO

Fecha de referencia inicial: _____ Fecha de vencimiento de IFSP: _____ No. de seguro social: _____ UCI# _____

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: F M
Apellido Primer Nombre Segundo nombre

Mama/Guardián: _____ Apellido de soltera: _____ Papa: _____

Están los padres de acuerdo con la referencia: SI No ¿Padres viven juntos? SI No Lenguaje principal: _____ ¿Interprete? _____

Dirección del hogar: _____

Teléfono: _____ Numero para dejar mensajes: _____ Distrito Escolar de Residencia: _____

Nombre de quien esta haciendo referencia: _____ Relación con la familia: _____ Teléfono: _____

¿El apacante ha aplicado para servicios de otro Centro Regional Si No Donde? _____

Pediatra: _____ Teléfono: _____

Otras agencias involucradas: _____ Información medica adjunta: _____

HISTORIAL Y PREOCUPACIONES

Lugar de nacimiento: _____ Hospital: _____ Edad de gestación: _____ Peso al nacer: _____

Peso actual: _____ Medicinas y equipo medico: _____

Confirmación medica/Diagnosis: _____ Especialista(s) Involucrados: _____

Preocupaciones de desarrollo	Descripción de las preocupaciones
<input type="checkbox"/> <u>Visión</u>	
<input type="checkbox"/> <u>Audición</u> * mirar lista de verificación	
<input type="checkbox"/> <u>Física</u> * mirar lista de verificación	
<input type="checkbox"/> <u>Autoayuda</u> * mirar lista de verificación	
<input type="checkbox"/> <u>Comportamiento</u>	
<input type="checkbox"/> <u>Social</u>	
<input type="checkbox"/> <u>Comunicación</u>	
<input type="checkbox"/> <u>Cognoscitivo</u>	

***Lista de verificación física:** (Circule todas las que aplique): rueda de estomago a espalda, se sienta sin apoyo, gatea en su estomago, gatea, se para sujetándose, camina sujetado de los muebles, camina, agarra juguete, suelta juguete.

* **Lista de verificación Autoayuda:** (Circule todas las que aplique): Sujeta mamila con las dos manos, se alimenta con la mano, toma de un vaso abierto, utiliza una cuchara para alimentarse

*¿Paso la prueba de audición al nacer?: Si No

La referencia fue tomada por: _____ Teléfono: _____ Extensión: _____

Coordinadora del Centro Regional asignada: _____ Teléfono: _____ Extensión: _____

Fecha de seguimiento – Llamada a la familia (si es apropiado): _____ Como se entero del Programa del Comienzo Temprano: _____

Acción tomada: Aparenta ser SLI-(único incidente) enviado a Agencia Local de Educación Enviada a Agencia Local de Educación para considerar servicios duales Fecha _____

Respuesta del Distrito Escolar: _____ Posibles fechas para una entrevista conjunta: _____

Agencia Local de Educación Coordinadora del Comienzo Temprano:	Fecha de la respuesta de la Agencia Local de Educación:
<input type="checkbox"/> Si- De acuerdo a servir SLI (único incidente) (Dependerán los resultados de la evaluación)	<input type="checkbox"/> No- No aparenta ser apropiado para servicios duales/no aperturas disponibles en este momento
<input type="checkbox"/> Si- De acuerdo a brindar servicios duales.	<input type="checkbox"/> No- Considerar en otra ocasión cuando se tenga mas archivos médicos

Preocupaciones/ Se necesita mas información: