

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

Fecha: ____/____/____

**PARTE III: ANTECEDENTES Y DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES ACTUALES DE DESARROLLO DEL NIÑO
(asegúrese de indicar cuales son las áreas de fortaleza y de necesidad del niño)**

ANTECEDENTES PERTINENTES: _____

EVALUACIÓN INCLUIDA:

Reporte de los padres Observacion Herramientas de la evaluación: _____

HOPE AYUDA Otro: _____

DESARROLLO FISICO:

SALUD (Identifique solo los problemas principales - vea el sumario adjunto): _____

VISTA (se requiere documentación): Herramienta(s) usadas: a primera vista Otro: _____

¿Pasó la evaluación el niño? Sí No Si no la paso, el resultado/intervención deben ser proveídos por escrito.

OIDO (se requiere documentación): Herramienta(s) usadas: equipo de OIDO Otro: _____

¿Pasó la evaluación el niño? Sí No Si no la pasó, el resultado/intervención deben ser proveídos por escrito.

DESARROLLO FÍSICO:	EDAD CRONOLOGICA	NIVEL DE DESARROLLO
Salud (identifique solo los problemas principales - vea el sumario adjunto): _____	_____	_____

Vista (se requiere documentación): _____

Oído (se requiere documentación): _____

DESARROLLO MOTRIZ:

Músculos grandes: _____

Músculos pequeños: _____

DESARROLLO COGNOSCITIVO (cómo el niño responde y se relaciona con su ambiente, cómo resuelve problemas):

DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN (habla y lenguaje):

Receptivo (comprensión): _____

Expresivo (hacer sonidos, hablar, gestos, señas): _____

DESARROLLO SOCIAL/EMOCIONAL (cómo el niño se relaciona con otras personas):

DESARROLLO ADAPTATIVO/AUTOSUFICIENCIA (dormir, comer, vestirse, ir al baño):

NOMBRE DEL NIÑO _____

Página ____ de ____