

Formulário de Serviços Prestados no Programa de Intervenção Precoce de Rhode Island

Sobrenome	Nome	Nome do meio (inicial)	Data de nascimento: / /	Identidade:
Data do Serviço: / /		Coordenador do Serviço:	Mudança de Cobertura de Seguro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cancelamento: <input type="checkbox"/> Não comparecimento <input type="checkbox"/> Cancelamento/Problema familiar <input type="checkbox"/> Cancelamento pelo provedor		Participantes envolvidos (por favor, liste todos os nomes): 	Local de Serviço: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Centro de Prestação do Serviço <input type="checkbox"/> Comunidade <input type="checkbox"/> Grupo de IP (intervenção precoce) na Comunidade <input type="checkbox"/> Escritório ou NA (não se aplica)	<input type="checkbox"/> Telessaúde Puericultura - Somente Telefone <input type="checkbox"/> Telessaúde para a Comunidade - Somente Telefone <input type="checkbox"/> Telessaúde em Casa - Somente Telefone <input type="checkbox"/> Virtual- Puericultura <input type="checkbox"/> Virtual – Comunidade <input type="checkbox"/> Virtual - em Casa
Atualizações importantes desde a nossa última visita [atualização médica/de saúde, eventos significativos, etc]:				
Refletir sobre estratégias/informações fornecidas na última visita e descrever o progresso em direção aos resultados do IFSP (Plano individualizado de Serviços para a Família):				
Resultado(s) abordado(s) hoje:				
Rotinas/atividades abordadas durante a visita de hoje: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> fralda/higiene <input type="checkbox"/> curativo <input type="checkbox"/> refeições <input type="checkbox"/> brincar <input type="checkbox"/> fora de casa <input type="checkbox"/> comunidade <input type="checkbox"/> banho <input type="checkbox"/> cochilo/hora de dormir <input type="checkbox"/> Sair <input type="checkbox"/> outro				
Provedor apoiou pais/cuidadores por: <input type="checkbox"/> refletir/discutir/planejar <input type="checkbox"/> observar pais/cuidadores/filhos <input type="checkbox"/> demonstrar atividade aos pais/cuidadores <input type="checkbox"/> fornecimento de estratégias/informações/recursos <input type="checkbox"/> outro				
Descreva brevemente:				
Os pais/cuidadores participaram de: <input type="checkbox"/> reflexão/discussão/planejamento <input type="checkbox"/> observação <input type="checkbox"/> prática <input type="checkbox"/> demonstrar atividade ao provedor <input type="checkbox"/> revisão de estratégias e informações <input type="checkbox"/> outro				
Descreva brevemente:				
Plano para intervalo entre as visitas:				
Plano para a próxima visita:				
Provedor/Assinatura:	Data:	Código de serviço:	Ata:	PRÓXIMA VISITA:
1.	/ /			/ /
2.	/ /			HORA:
3.	/ /			

-AVISO PRÉVIO POR ESCRITO-

A reunião do IFSP ocorre quando há decisões a serem tomadas sobre iniciar, parar, mudar ou recusar serviços para seu(sua) filho(a) ou família. A Intervenção Precoce é necessária para fornecer um aviso prévio por escrito, com prazo razoável, antes de uma reunião do IFSP. Este é o seu aviso de que a seguinte reunião do IFSP foi agendada:

- Reunião do IFSP. (Reunião inicial, anual, de revisão, atualização ou transição) **Data da reunião do IFSP:** / / **Hora:**
- Recebi uma cópia das minhas garantias processuais. Esses direitos me foram explicados e eu os entendo.

Assinatura dos pais/responsáveis. _____ **Data** / /