

Cuestionario de Intervención Temprana de RI Conociendo a su Hijo y la Familia



LOGOTIPO de la Agencia

Nombre del niño:

Fecha de Nacimiento: / /

de ID:

Este documento se utiliza para recopilar información de la familia a fin de obtener una mejor comprensión del desarrollo y desempeño del niño, las prioridades y necesidades de la familia, y construir una base para los próximos pasos.

¿Por qué su hijo fue referido a Intervención Temprana (EI)? Habla/Lenguaje Motricidad fina/gruesa
Conductual/Adaptativo Audición/Visión Desarrollo retrasado Condición diagnosticada Otro

Proporcione detalles según sea necesario:

¿Cuáles son sus principales preocupaciones?

¿Cuáles son sus prioridades con respecto al desarrollo, comportamientos y/o habilidades de su hijo?

Considere las respuestas del cuidador a continuación para obtener una mejor comprensión de cómo esta información podría afectar la elegibilidad o los resultados del niño/la familia

¿Su hijo tiene diagnosticada alguna condición médica o de comportamiento? No Sí

¿Quién proporcionó este diagnóstico?

¿Tiene su hijo algún comportamiento que le preocupe a usted o a otras personas que conocen a su hijo? No Sí

En caso afirmativo, describa brevemente:

¿Su hijo nació al término de la gestación? Sí No Si no, ¿ A las cuántas semanas de gestación nació?

¿Cuál fue el peso de su hijo al nacer?

¿Hubo algo notable en su embarazo o al nacimiento de su hijo? No Sí

En caso afirmativo, describa brevemente

¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez? No Sí En caso afirmativo, describa brevemente:

¿Su hijo toma algún medicamento ? No Sí Nombre del medicamento:

¿Su hijo tiene alergias? No Sí En caso afirmativo, describa brevemente :

¿Su hijo usa algún equipo especial No Sí En caso afirmativo, describa brevemente:

¿Cómo describiría la salud general de su hijo ? Muy buena Buena Algunas preocupaciones

Describa los patrones de sueño de su hijo, incluido el lugar donde suele dormir

Describa la nutrición y alimentación de su hijo (es decir, preferencias de alimentos, dieta general, consumo, deglución, masticación)

Proporcione información adicional según sea necesario

Cuestionario de RI Early Intervention

Sabemos que las experiencias adversas en la infancia temprana pueden tener un impacto en el desarrollo de un niño. El impacto de estas experiencias se puede minimizar con apoyo positivo, estrategias y respuestas consistentes de los padres y cuidadores. Si una familia responde “sí”, pregúnteles si compartirían un poco de cómo esa situación ha impactado a su hijo y su familia.

¿Su familia ha experimentado violencia o enfermedades crónicas? No Sí En caso afirmativo, describa:

¿Usted o su familia han experimentado problemas de salud mental alguna vez (p. ej., depresión materna, ansiedad)?

No Sí En caso afirmativo, describa:

¿Su familia se ha visto afectada por el uso de drogas o alcohol? No Sí En caso afirmativo, describa:

¿Alguna vez ha tenido dificultades con la vivienda o la falta de vivienda? No Sí En caso afirmativo, describa:

¿Se ha revisado el informe de Liderazgo, Audición e Inmunización **KIDS NET**? No Sí

es necesario el seguimiento con la familia en alguna de estas áreas? No Sí

Si es así, ¿en cuáles?

¿Pasa su hijo algún tiempo en un entorno de educación y cuidado temprano autorizado? Sí No

Ubicación/Nombre del Cuidador:

Horario:

Horas/semana:

¿Pasa su hijo algún tiempo al cuidado de otro adulto que no sea su padre? Sí No

Ubicación/Nombre del cuidador:

Horario:

Horas/semana:

¿Cuáles son algunos de los juguetes y actividades favoritos de su hijo?

¿Qué más le gustaría que sepamos sobre su hijo?

¿Hay algo sobre su familia, cultura o creencias espirituales que sería bueno que supiéramos al trabajar con usted y su hijo ?

Otras Observaciones e Información:

Es importante para la Intervención Temprana conocer a todas las personas en la vida de un niño, los recursos de la familia y las áreas de necesidad. También ayuda a asegurar que todos en la vida del niño sean considerados al desarrollar resultados, estrategias y apoyos.

Los proveedores pueden dibujar un EcoMap o completar las preguntas a continuación.

¿Quiénes son las personas en la vida de su hijo? (¿Quién vive en el hogar? Otros que viven fuera del hogar)

¿Quiénes son los profesionales médicos que atienden a su hijo?

¿A quién busca para apoyo? (familiares, amigos, visitas domiciliarias, proveedores de servicios, etc.)

¿Hay apoyos o recursos sobre los que le gustaría saber más? Sí No

En caso afirmativo, identifique:

Otras Observaciones e Información: