|  |
| --- |
|  Nombre del Niño: Fecha de nacimiento:  Dirección: Edad:  Teléfono:  |
|  Nombre del padre/tutor:  Dirección, sí es diferente:  Teléfono, sí es diferente:  |
|  Centro: Visitante domiciliaro:  Fecha de inscripción:  Fecha del examen físico:  |
|  eDECA Resultados: Bueno Normal Necesita mejorar * Iniciativa \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_
* Relaciones \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_
* Autoregulacion \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_
* Preocupaciones del

 Comportamiento \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ * Factores de protección total \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_
 |
|  ASQ-3 Resultados: Puntaje Negro/Gris/ Blanco * Comunicación \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Motricidad gruesa \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Motricidad fina \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Solucion de problemas \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Personal – Social \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  Referido: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_\_ NO  |
|  Salud conductual/mental Desarrollo - IEP Desarrollo - IFSP Notas:  |
|  Nombre del niño:  |  Fecha de nacimiento:  |

Meta anual medible

|  |
| --- |
| Área de Desarrollo: |
| Meta anual medible: |
| Nivel actual de rendimiento: |

Método para medir el progreso del niño en Portfolio

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Examenes |  |  Listas  |  | Muestras de trabajo |
|  |  Observaciones  |  | Registros |  | Notas anecdóticas |
|  |  Fotos  |  |  |  |  |

 Objetivos medibles:

 1.

 2.

 3.

 Nombre del niño: Fecha de nacimiento:

|  |
| --- |
|  Personas implementando CSP: Visitante Domiciliario -  Adulto designado(s) -  |
|  Pasos:  Estrategias de Conscious Discipline/Disciplina consciente a implementar:  Técnicas de respiración “Lugar Seguro/Safe Place”  Notar / Modelar / Dos elecciones positivas Rutina “Te Amo”  |

Al firmar a continuación, reconozco que entiendo este Plan de servicio y acepto apoyarlo y/o seguirlo lo mejor que pueda.

 Visitante Domiciliario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Adulto designado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Relación con el niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Adulto designado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Este CSP está aprobado para su implementación: SI [ ] NO [ ]

 Por favor haga las siguientes revisiones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Cordinador(a) de servicios de discapacidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Revisions Page

 Fecha revisada:

 Motivo de la revisión:

 Revisiones a CSP:

Entiendo las revisiones y acepto seguirlas lo mejor que pueda.

 Visitante Domiciliario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Adulto designado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Adulto designado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_