|  |  |
| --- | --- |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_