

PLAN DE CUIDADO COMPARTIDO

El nombre del niño: _____

DOB: _____

Masculino Mujer

Nombre (s) del padre / tutor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono móvil: _____

Método de comunicación preferido: Teléfono de casa Teléfono móvil email: _____

Idioma principal utilizado en casa: _____

¿Se necesita un intérprete?: S / N Si es así, especifique el idioma: _____

contacto alternativo: _____ Relación: _____

Teléfono celular / teléfono residencial: _____

Cuidadores (además del padre / tutor, es decir, guardería, inicio temprano, etc.)

Nombre del cuidador	Rol / Relación	Información del contacto

Resumen médico

Información sobre la pérdida auditiva

	El tipo	El grado	Tecnología	Audiograma adjunto (S o N)
Oreja derecha				
Oreja izquierda				

Otros problemas médicos: _____

Lista de medicamentos adjunta: S o N

Estrategias de comunicación

Usado actualmente:

- Lenguaje de señas americano (ASL)
- Auditivo Oral
- Auditivo Verbal
- Comunicación aumentativa y alternativa
- Comunicación total

Otras estrategias utilizadas (si las hay): _____

¿Quieres más información sobre:

- Lenguaje de señas americano (ASL)
- Auditivo Oral
- Auditivo Verbal
- Comunicación aumentativa y alternativa
- Comunicación total

Tecnologías de asistencia:

FM: S / N

Otra tecnología de asistencia: _____

Proveedores

Mi equipo medico

Especialidad:	Nombre	Datos de contacto	Fecha de la última visita	Próxima cita Fecha	Más reciente Fecha del informe / evaluación	<input checked="" type="checkbox"/>
PCP / pediatra						
Audiólogo						
Oídos, nariz y garganta (ENT)						
Genetista						
Oftalmólogo						
Seguimiento de la UCIN						
Otro						
Otro						
Otro						
Otro						

* Por favor si se incluye la evaluación / informe

Mi apoyo familiar

Especialidad:	Nombre	Agencia	Información del contacto
Especialista en recursos para padres			
Trabajador social			
Administrador de casos			

DCYF			
Visita familiar			
Otro			
Otro			

Mi equipo de intervención temprana: Agencia: _____ **Ph.:** _____

Especialidad:	Nombre	Teléfono móvil)	e-mail	Fecha agregada al IFSP	Resultado de la evaluación Fecha de finalización	✓
Coordinador de servicios						
Educador						
Patólogo del habla y lenguaje						
Fisioterapeuta						
Terapeuta ocupacional						
Otro						
Servicios especializados:	Nombre	Datos de contacto	Papel	Fecha de inscripción	Reporte de evaluación	
Northern RI Collaborative						
Perspectives Corp.						
RI Sign Language Initiative						
Parent Infant Partners						
Otro						

* Por favor ✓ si la Evaluación / Evaluación está incluida

PLAN DE CUIDADO

Área de enfoque (es decir, desarrollo del lenguaje, desarrollo social / emocional, etc.)	Objetivo	Estrategias / Elementos de acción	Persona (s) involucrada	Resolución
				<input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> En espera <input type="checkbox"/> Completado <input type="checkbox"/> Interrumpido
				<input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> En espera <input type="checkbox"/> Completado <input type="checkbox"/> Interrumpido
				<input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> En espera <input type="checkbox"/> Completado <input type="checkbox"/> Interrumpido
				<input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> En espera <input type="checkbox"/> Completado <input type="checkbox"/> Interrumpido

Área de enfoque (es decir, desarrollo del lenguaje, desarrollo social / emocional, etc.)	Objetivo	Estrategias / Elementos de acción	Persona (s) involucrada	Resolución
				<input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> En espera <input type="checkbox"/> Completado <input type="checkbox"/> Interrumpido
				<input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> En espera <input type="checkbox"/> Completado <input type="checkbox"/> Interrumpido
				<input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> En espera <input type="checkbox"/> Completado <input type="checkbox"/> Interrumpido
				<input type="checkbox"/> En proceso <input type="checkbox"/> En espera <input type="checkbox"/> Completado <input type="checkbox"/> Interrumpido