

AAC página 508 (4) (i)

ENTREVISTA DE ENFOQUE FAMILIAR/ DOCUMENTACION ELPP

La Entrevista de Enfoque Familiar (EEF/FFI) tiene la intención de documentar fortalezas, necesidades y preocupaciones relacionados con el niño. El formulario completo debe ser llenado por el personal LEA a través de un formato de entrevista con el pariente o el responsable legal. La información (EEF/FFI) se requiere para la elegibilidad de Retraso en Desarrollo (RD/DD) y debe ser también utilizado para ayudar a documentar los niveles del Perfil de Progreso en Aprendizaje Temprano para niños con cualquier area de discapacidad dentro de los 45 días desde cuando comienzan los servicios de educación especial.

Nombre del/de la Niño/a: _____ Fecha: _____ [SEP]

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SSID#: _____ [SEP]

Dirección: _____ Teléfono: _____ [SEP]

Parvularia/Guardería que Atiende el/la Niño/a: _____ Días/Horarios: _____ [SEP]

Nombre del Entrevistador: _____ Posición en LEA: _____

Nombre del Entrevistado: _____ Relación con el/a Niño/a: _____

Con quién vive el/a niño/a: Padre(s) Otro(s) Familiar(es) Custodio Guardián Otro

Nombre de la Madre/del Responsable Legal: _____ Edad: _____ [SEP]

Oficio: _____ Teléfono Laboral: _____ [SEP]

Nombre del Padre/Nombre del Responsable Legal: _____ Edad: _____ [SEP]

Oficio: _____ Tel. Laboral: Padre(s) es/son: Casado(s) [

Divorciado Separado Soltero Difunto: padre/madre (circule uno) Otros niños en la casa:

Nombre	Sexo	Edad	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historia Natal (Explica cualquier enfermedad/herida/complicaciones durante el embarazo: _____)

¿Nació su hijo/a prematuro/a? Sí No Si es sí, ¿cuántas semanas/meses por adelantado? _____

¿Hubo problemas después del nacimiento? Sí No Si es sí, explica _____

¿Cuanto tiempo perduró su hijo/a en el hospital después del nacimiento? _____

¿Hay otras conocidas o sospechadas discapacidades en la familia? Sí No

Si es sí, explica: _____

¿Su hijo/a ha sido diagnosticado/a con cualquier preocupación médica o de salud? [] Sí [] No

ALSDE Aprobado Feb. 2012

Si es sí, explica: _____

¿Su hijo(a) recibió anteriormente Servicios de Intervención Temprana? Sí No

Si es sí, fecha de entrada y salida: Entrada: _____ Salida: _____

¿Ha sido evaluado/a y/o ha recibido cualquier otro servicio especial su hijo/a? Sí No Si

es sí, explique:

Doctor del Niño/a: _____ Fecha del último examen: _____ 

Dirección: _____ Teléfono: _____ 

¿Se ha obtenido la autorización para divulgar información de parte del doctor? Sí No

¿Cuál es el método más común para que su hijo/a se comunique?

Lenguaje Uso de Signos Aparato de Comunicación Gestos Vocalizaciones
Imágenes

Intercambio Mezcla de Formas Otro (Especifique)

¿Cuáles son algunos de los intereses de su hijo(a)?

¿Hay cualquier comida que su hijo/a no puede comer (incluir alergias o comidas que son rechazadas por textura?)

Sí No Si es sí, especifique cuales comidas: _____

¿Hay cualquier otra comida que su hijo(a) no come? Sí No

Si es sí, especifique cuales comidas: _____

¿Su hijo(a) toma actualmente cualquier medicamento? Sí No

Si es sí, explique _____

¿Su hijo(a) duerme a la hora que corresponde? Sí No

Si es no, explique: _____

Haz una lista nombrando cualquier progreso reciente o cambio que ha observado en su hijo(a) _____

Comentarios: _____

Aprobado por ALSDE en Feb. del 2013

ENTREVISTA DE ENFOQUE FAMILIAR / DOCUMENTACION ELPP

Continúe esta sección a través del formato de entrevista con el padre/responsable legal. Ofrezca ejemplos verbales o representaciones pictóricas si una pregunta no es clara para el entrevistado.

LENGUAJE/ALFABETIZACION/COMUNICACION			
	Su hijo/a:	SI	NO
1.	¿Identifica sonidos? (LL.P.2.1-2, LL.P.7.2)		
2.	¿Identifica sílabas? (LL.P.2.3, LL.P.6.5)		
3.	¿Identifica/reconoce palabras que riman? (LL.P.2.4)		
4.	¿Identifica un logo (McDonald's, Wal-Mart, etc.)? (LL.P.6.2, LL.P.6.5)		
5.	¿Reconoce su nombre impreso/escrito ? (LL.P.6.2-3, LL.P.6.5)		
6.	¿Identifica letras? (LL.P.6.4-5, LL.P.7.1)		
7.	¿Habla con claridad? (LL.P.4.4)		
8.	¿Habla para que la familia le entienda?		
9.	¿Habla para que el/ella sea entendido/a por personas fuera de la familia?		

Comentarios/Preocupaciones: _____

MATEMATICA Y CIENCIA			
	Su hijo/a:	SI	NO
1.	¿Puede contar hasta cinco objetos precisamente? (M.P.1.1)		
2.	¿Entiende conceptos posicionales (adentro, sobre, abajo, atrás, enfrente)?(M.P.		
3.	² ¿Identifica qué viene próximo en un patrón simple? ²) (M.P.3.2)		
4.	¿Compara objetos por tamaño (grande, pequeño, largo, corto, chico, mediano, grande)?		

5.	¿Compara objetos por peso (pesado, liviano)? (M.P.4.2, S.P.2.1)		
6.	¿Nombra los días de la semana? (M.P.4.3)		
7.	¿Entiende más y menos? (M.P.5.1)		
8.	¿Tolera texturas, olores, sabores, y ruidos diferentes? (S.P.1.1)		
9.	¿Apunta hacia o nombra una imagen de invierno o verano? (S.P.4.1)		
10.	¿Apunta hacia o nombra tipos de clima (lluvioso, soleado, caliente, o frío)?		

(S.P.4.2)

Comentarios/ Preocupaciones: _____

ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO

	Su hijo(a):	SI	NO
1.	¿Demuestra períodos de atención apropiados?		
2.	¿Hace contacto visual?		
3.	¿Tiene rabietas?		
4.	¿Se ve ansioso/hiperactivo(a)?		
5.	¿Acepta límites? (S.E.P.3.2)		
6.	¿Interactúa bien con otros? (S.E.P.2.1)		
7.	¿Obedece y cumple con lo que se pide? (LL.P.1.1)		
8.	¿Agrede o hiere a otros?		
9.	¿Reconoce el peligro?		
10	¿Se ve callado/distraído?		
11	¿Tiene miedos extraños? Listelos:		

Comentarios/Preocupaciones: _____

T.C. MEB
Sağlık Bakanlığı

MEDIDAS PARA EL APRENDIZAJE, ARTES CREATIVAS, SALUD, DIARIO VIVIR, DESARROLLO FISICO, Y TECNOLOGIA

	Su hijo(a):	SI	NO
1.	¿Arma rompecabezas? (AL.P.1.2)		
2.	¿Construye torres de bloques? (AL.P.1.2, CA.P.1.1)		
3.	¿Usa crayones/plumones? (CA.P.1.1, PD.P.2.1)		
4.	¿Usa pintura? (CA.P.1.1, PD.P.2.1)		
5.	¿Usa goma de pegar? (CA.P.1.1, PD.P.2.1)		
6.	¿Toca instrumentos musicales? (CA.P.2.1, CA.P.2.2)		

7.	¿Juega apropiadamente con juguetes (muñecas, camiones, etc.)? (CA.P.		
8.	3.1) ¿Se cepilla los dientes independientemente o por si mismo(a)? (HDL.P.1.3)		
9.	¿Corta con tijeras? (PD.P.2.1, CA.P.1.1)		
10.	¿Juega con la plastilina? (PD.P.2.1, CA.P.1.1)		
11.	¿Arma vasos unos sobre otros? (PD.P.2.2)		
12.	¿Hila collares? (PD.P.2.2)		
13.	¿Usa ratón de computadora/controlador de juego/iPad/Game Boy, etc.?(T.P. 1.1)		

Comentarios/Preocupaciones: _____