|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 45 Day | IS Initials | Process Date | UCI | Last Name | First Name | B.MO | MO | Language | Co | City/Zip(SF) | HR | Date Assigned | SC Assigned |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Golden Gate Regional Center – Formulario Familiar de Intervención Temprano**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de formulario:  | Apellido de su hija/o: | Nombre de su hijo/a: | Mez de Nac. | Fecha de nac. :=0m | Sexo: |
| Quien referio a su hijo/a a GGRC (Doctor, Agencia, Terapista, Escuela, etc.) | Número de quien referio: tel. # / fax # /email: |
| Nombre(s) de papas: [ ]  Casados [ ]  Separados [ ]  Papa(s) adoptados | Idioma(s) hablado en casa | Etnicidad de su hija/o:  |
| Su número de contacto: | Su correo electrónico: | Seguro De Salud de su hija/o: |
| Dirrecion de casa de su hijo/a: [ ]  Marque si direccion es diferente para recibir correo y apunte direccion [ ]  Marque si su familia esta sin hogar | Hospital de Nacimiento: |
| Terapista/Profesionales/Agencias trabajando con ustedes (e.g. CPS, Terapistas, Doctores, etc.) y Contacto:  |  Doctor/a Primario/a de su hijo/a: |
| **Servicios de Intervención Temprano**Para ser elegible, el/la niño/a tiene que **(1)** tener dentro de 0-36 meses; **(2)** actualmente tener un tetraso del desarollo, o tener diagnosis que presentara un retraso.**Si su hijo/hija esta cerca de cumplir 3 años (34 meses+)**El distrito escolar proprociona terapias despues de los 3. Si tiene preocupación de descapacidad del desarrollo, llame GGRC a (888) 339-3305. | **Cuota Anual De Familia (Determinada por estado de CA)**Si su hijo/a es elegible Y, esta recibiendo servicios mas alla de evaluacion y mantenimiento de caso, puede haver una cuota ($0-200 por año) determinada por el estado de California. Cuota no se aplica a niño/as con Medi-Cal, o familias de bajo ingresos (<400% nivel federal de pobreza). Detalles: <http://www.dds.ca.gov/annualfamilyprogram/> |
| Sus preocupaciones principales? Que servicios está buscando? |  |
| **Area de Habla** |
| Preubas de audición | [ ]  Examen de recien nacido/a – Resultado:  |
| [ ]  Audiologia – Fecha:  -- Resultado:  |
| Palabras y señales (actual) | Número de palabras claras: | Se han perdido la mayoria de palabras de su hijo/a?  |
| Número de palabras ininteligible: | Usa su hijo/a gesturas para comunicarse?  |
| Frases | Número maximo de palabras que su hijo/a puede poner juntas:  |
| Ejemplo de Frase(s):  |
| Respuestas | Su hija/o responde bien a comandos basicos y/o responde bien a su nombre?  |
| Contacto de ojo | Su hijo/a puede mantener contacto de ojo cuando le habla?  |
| **Area Motor** |
| Por favor marque todas las cajas que **aplican** a su hijo/a: |  |
| [ ]  Sentarse sin apoyo  | [ ]  Gatear | [ ]  Halar para pararse | [ ]  Pararse sin soporte | [ ]  Caminar  |
| **[ ]** Músculos débiles | [ ]  Rigidez muscular |  |
| Si necesario, elabora preocupaciones motores: |
| Comentarios adicionales/diagnosis o preocupaciones en otras areas de desarrollo: |  |

**Mande por mensaje de correo electronico–** Mande correo electronico con el sujeto “**Formulario Familiar de Intervención Temprano** ” Y adjunte este **(1)** formulario, **(2)** todos documentos/reportes relacionados con el desarollo de su hijo/hija detallando diagnosis (e.g. ST/OT/ABA), **(3)** Tarjeta de seguro de salud.

**Mande por fax –** Fax#: (888) 339-3306