|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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