|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989BS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **RESUMEN DEL DESARROLLO****S**UMMARY OF DEVELOPMENT**(Para utilizarse con el reporte del equipo de intervención temprana, IFSP y los datos del resumen de los resultados del niño)** |
| Nombre del niño | Fechas en que se completaron los resultados del niño (Child Outcomes o CO) |
|  | Entrada      | Salida      |
| Fecha de nacimiento | Edad al tiempo de la evaluación | Edad ajustada  |
|       |       |       |
|  |
| Fecha de entrada de los resultados del niño (CO) |
|       |
| Participantes en la recopilación de información (Indíquelos por nombre y función, incluir a la familia) |
|       |
| Procedimientos utilizados para obtener la información (Marque todo lo que aplique) |
| [ ]  | Registros médicos |  |
| [ ]  | Historial de salud / desarrollo  |  |
| [ ]  | Observaciones profesionales  |  |
| [ ]  | Conversación con los padres / otros |  |
| [ ]  | Visitas regulares al niño / su familia  |  |
| [ ]  | Investigación |  |
| [ ]  | Lista de las herramientas de evaluación  |       |
|  |  |  |
| Información recopilada en los siguientes lugares: |
|       |
|  |
| Fecha los resultados del niño (CO) a la salida |
|       |
| Participantes en la recopilación de información (Indíquelos por nombre y función, incluir a la familia) |
|       |
| Procedimientos utilizados para obtener la información (Marque todo lo que aplique) |
| [ ]  | Registros médicos |  |
| [ ]  | Historial de salud / desarrollo  |  |
| [ ]  | Observaciones profesionales |  |
| [ ]  | Conversaciones con los padres / otros |  |
| [ ]  | Visitas regulares al niño / su familia |  |
| [ ]  | Investigación |  |
| [ ]  | Lista de herramientas de evaluación  |       |
| [ ]  | Recibido en la reunión del equipo IEP |  |
| Información recopilada en los siguientes lugares: |
|       |

|  |
| --- |
| F-00989BS |
| **Salud** (Incluir sólo información apropiada y pertinente al desarrollo del niño) |
| Fecha:       |
| **Visión / Audición** (examen, anteojos, audífonos, historial de infecciones del oído): |
| Fecha:       |