

EVALUACIÓN FAMILIAR

 Inicial Anual**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN GENERAL Y CONSENTIMIENTO**

Nombre y Apellido del Niño:	FN:	IDENTIFICACIÓN DE BRIDGES:
Nombre del Coordinador de Servicios:	Agencia del Coordinador de Servicios:	
Fecha en que se Completó la Evaluación Familiar:	La familia rechazó la evaluación familiar de los recursos, las prioridades y las preocupaciones. <i>Iniciales de los Padres.</i>	

SECCIÓN 2: PRIORIDADES Y PREOCUPACIONES ACERCA DE MI HIJO (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):

Tengo preguntas o quiero ayuda para mi hijo en las siguientes áreas (seleccione todas las opciones que correspondan):	Comentarios de la familia sobre las preocupaciones identificadas acerca de su hijo (incluida cualquiera que no esté en la lista):
<input type="checkbox"/> Moverse (gatear, patinar, rodar, caminar)	
<input type="checkbox"/> Capacidad de mantener las posiciones para el juego	
<input type="checkbox"/> Hablar y escuchar	
<input type="checkbox"/> Pensar, aprender, jugar con los juguetes	
<input type="checkbox"/> Comer, alimentarse, nutrirse	
<input type="checkbox"/> Divertirse con otros niños; llevarse bien	
<input type="checkbox"/> Comportamientos/interacciones apropiadas	
<input type="checkbox"/> Expresar sentimientos	
<input type="checkbox"/> Ir al baño; vestirse; irse a dormir; otras rutinas diarias	
<input type="checkbox"/> Ayudar a mi hijo a calmarse, a tranquilizarse	
<input type="checkbox"/> Dolor o molestia	
<input type="checkbox"/> Otro:	

SECCIÓN 3: PRIORIDADES Y PREOCUPACIONES PARA MÍ Y MI FAMILIA (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):

Tengo preguntas que formular o quiero ayuda para mí o mi familia en las siguientes áreas (seleccione todas las opciones que correspondan):	Comentarios de la familia sobre las prioridades identificadas de la familia (incluida cualquiera que no esté en la lista):
<input type="checkbox"/> Aprender más sobre cómo ayudar a mi hijo a crecer y desarrollarse	
<input type="checkbox"/> Buscar o trabajar con médicos u otros especialistas	
<input type="checkbox"/> Aprender cómo funcionan los diferentes servicios o cómo podrían funcionar mejor para mi familia	
<input type="checkbox"/> Planificación para el futuro; qué esperar	
<input type="checkbox"/> Habilidades como padre	
<input type="checkbox"/> Personas que pueden ayudarme en casa o a cuidar de mi hijo para que yo/nosotros podamos tener un descanso; alivio	
<input type="checkbox"/> Cuidado de Niños	
<input type="checkbox"/> Vivienda, ropa, trabajo, comida o teléfono	
<input type="checkbox"/> La información sobre las necesidades especiales de mi hijo, y lo que significa	
<input type="checkbox"/> Ideas para hermanos, hermanas, amigos, familia ampliada	
<input type="checkbox"/> Dinero para los costos adicionales de las necesidades especiales de mi hijo	
<input type="checkbox"/> Vincularse con una red de padres para conocer a otras familias, o intercambiar experiencias	
<input type="checkbox"/> Centro de Información y Capacitación para Padres	
<input type="checkbox"/> Apoyo de Padre a Padre	
<input type="checkbox"/> SCDHEC/CSHCN	
<input type="checkbox"/> Otro:	

SECCIÓN 4: PUNTOS FUERTES Y RECURSOS

Puntos fuertes y recursos que nuestra familia tiene para atender las necesidades de nuestro hijo. Por ejemplo, parientes cercanos, apoyo de amigos, amigos del trabajo.

SECCIÓN 5: RUTINAS Y ACTIVIDADES DEL HOGAR Y LA COMUNIDAD FAMILIAR

Actividades típicas que hacemos con nuestro hijo, o que hacemos en familia (incluyen cosas rutinarias como vestirse, bañarse, comidas, hora de cuentos, etc.), así como cosas que hace en su comunidad (por ejemplo, ir de compras, visitar a amigos o parientes, ir a la biblioteca, etc.).