

# Historial de Servicios de Intervención Temprana

Prekindergarten y Head Start Programs  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS

## INSTRUCCIONES

El trabajador de servicios a la familia (Family Service Worker–FSW) de Montgomery County Public Schools (MCPS) completa este formulario con los padres/guardianes y revisa que todo esté correcto. La información se usa para proporcionar apoyos a los alumnos.

## INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna preocupación sobre su hijo/a? Marque todo lo que corresponda y provea detalles en el espacio provisto.

- Desarrollo motriz \_\_\_\_\_  Habla/lenguaje \_\_\_\_\_  
 Comportamiento \_\_\_\_\_  Visión/audición \_\_\_\_\_

Salud general (asma, alergias, diabetes, convulsiones, etc.) \_\_\_\_\_

¿Requiere su hijo/a que se le administre algún medicamento en la escuela?  Sí  No¿Requerirá su hijo/a que se le administre algún medicamento de **emergencia** (autoinyector de epinefrina, inhalador, glucagón, Diastat, medicamento de nebulización) en la escuela?  Sí  No (Si la respuesta es "Sí", refiérase al Formulario 565-1 de MCPS, Información de Emergencia del/de la Estudiante)¿Sabe ir al baño su hijo/a?  Sí  No ¿Requerirá su hijo/a un tratamiento o asistencia especial para ir al baño (alimentación por sonda G, cateterizaciones, etc.) que se deba administrar en la escuela?  Sí  No¿Tiene su hijo/a un Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Program–IEP) actualmente?  Sí  No**Si la respuesta es "Sí", adjunte una copia del IEP actual.** ¿De dónde es? \_\_\_\_\_¿Recibe su hijo/a servicios especiales?  Sí  No**Marque todo lo que corresponda:**

- Programa de Educación Preescolar (Preschool Education Program–PEP)  Habla  Terapia ocupacional/fisioterapia  
 Clase de idioma preescolar  Privado  Servicio itinerante (cuidado infantil de la escuela)

¿Dónde recibe su hijo/a estos servicios especiales? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces por semana? \_\_\_\_\_

¿Estuvo su hijo/a en el **Programa para Bebés y Niños Pequeños (Infants and Toddlers Program)?**  Sí  No (en casa o en una guardería)**Si la respuesta es "Sí", adjunte una copia del Plan Individualizado de Servicios a la Familia (Individualized Family Service Plan–IFSP) actual.** ¿De dónde es? \_\_\_\_\_¿Ha tenido su hijo/a alguna evaluación o prueba, tal como terapia del habla, psicológica, del desarrollo, ocupacional o fisioterapia, etc.?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? \_\_\_\_\_¿Alguna vez ha llevado usted a su hijo/a a una **Clínica de Child Find**?  Sí  No¿Tiene usted una cita para llevar a su hijo/a a una **Clínica de Child Find**?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? \_\_\_\_\_ (Por favor proporcione los informes)

## FIRMA

Nombre del padre/madre/guardián (en letra de imprenta/molde) \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en que al escribir mi nombre y la fecha de hoy a continuación, y al enviar este formulario por correo electrónico, tengo la intención de que lo siguiente constituya y sea el equivalente a mi firma personal.

Firma del padre/madre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## OFFICE USE ONLY (SÓLO PARA USO DE LA OFICINA)

MCPS ID \_\_\_\_\_ Current School \_\_\_\_\_