



SISTEMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DE INDIANA FIRST STEPS / RESUMEN ENTREVISTA DE SALIDA

Formulario del Estado 51428 (R2 / 5-13)

Nombre del niño: _____ Número de Identificación de Primeros Pasos: _____

Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año): _____ Condado de residencia: _____

Fecha finalizada (mes, día, año): _____ Duración de la participación de Primeros Pasos*: _____ meses
* Si menos de seis (6) meses, no hay necesidad de completar el resumen.

Coordinadora de Servicios: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

RESULTADOS DEL DESARROLLO INFANTIL

Un resultado importante de Primeros Pasos es que **los niños aprendan habilidades importantes y esenciales del desarrollo**.
Terapeutas con el conocimiento de su hijo han proporcionado los resultados de la evaluación a continuación, utilizando *el análisis, la evaluación y el sistema de programación (AEPS®)*.

DOMINIO	EL NIVEL DEL RENDIMIENTO DEL NIÑO				¿PROGRESO REALIZADOS? ¹	
	ENTRADA AEPS (DEVIACIONES ESTANDAR)		SALIDA AEPS (DEVIACIONES ESTANDAR)			
ADAPTACIÓN	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1.5	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -1.5 <input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
COGNITIVO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1.5	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -1.5 <input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
COMUNICACIÓN	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1.5	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -1.5 <input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
MOTORES FINOS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1.5	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -1.5 <input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
MOTORES GRUESOS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1.5	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -1.5 <input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
SOCIAL Y EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1.5	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -1.5 <input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¹ ¿Progreso el niño en el aprendizaje de nuevas habilidades? Marque "sí" si el niño aprendió una o más habilidades nuevas para ese dominio durante su tiempo en Primeros Pasos. Si el niño no aprendió una nueva habilidad o no progresó marque el "no."

TRANSITION INFORMACIÓN

1. ¿Por qué sale su hijo y su familia de Primero Pasos? (Por favor marque una.)

- Nuestro hijo ya no necesita servicios de Primeros Pasos.
- Decidimos buscar servicios en otro lugar.
- Nuestro hijo tiene tres (3) años.

2. ¿Después que su hijo y su familia salgan de Primeros Pasos recibirá su hijo servicios en algún otro lado?

- Sí
- No

3. ¿Si contesto sí, cuales servicios va a recibir su hijo(a)? Marque todas las que apliquen.

- Mi hijo(a) va a asistir a una guardería o programa preescolar de la comunidad.
- Mi hijo(a) va a recibir terapia de un hospital, clínica o de un(a) terapeuta privada.
- Mi hijo(a) va a asistir un programa de Head Start.
- Mi hijo(a) será inscrito en el programa de la escuela pública de educación especial preescolar.
- Otro (Por favor explique): _____

LOS RESULTDOS DE LA ENCUESTA DE LA FAMILIA

Estimadas Familias,

Cuando niños y familiares se van de Primeros Pasos (First Steps), obtenemos informacion para evaluar el programa. La informacion obtenida es confidencial. Es combinada con la información obtenida de todas las familias que se van de Primeros Pasos (First Steps). Por favor tomese unos minutos en completar el formulario familiar de encuestas. Nos dira que tanto pudimos ayudar a sus familias. Tambien nos ayudara en mejorar nuestros servicios en el futuro para otras familias. El formulario es algo voluntario.

Estoy de acuerdo en llenar el formulario

No estoy de acuerdo en llenar el formulario

Firma del padre: _____ Fecha (mes, día, año): _____

<p>** Instrucciones: Los Resultados de la Encuesta de la Familia se concentra en el valor de la intervención temprana. Por cada pregunta a continuación, por favor, escoja que tan valiosa ha sido la intervención temprana para usted y su familia durante el ultimo año: nada valiosa, poco valiosa, algo valiosa, muy valiosa o extremadamente valiosa.</p>	Nada valiosa	Poco valiosa	Algo valiosa	Muy valiosa	Extremadamente valiosa
---	---------------------	---------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------

Conocer sus derechos

¿Que tan valiosa ha sido la intervanci3n temprana en ...

1. darle informaci3n 3til sobre los servicios y apoyos disponibles para usted y su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. darle informaci3n 3til sobre sus derechos en cuanto a las necesidades especiales de nuestro hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. darle informaci3n 3til sobre con quien comunicarse cuando tiene preguntas o inquietudes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. darle informaci3n 3til sobre las opciones disponibles cuando su hijo sale del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. explicarle sus derechos de manera que sean faciles de entender?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comunicar las necesidades de su hijo

¿Que tan valiosa ha sido la intervanci3n temprana en ...

6. darle informaci3n 3til sobre los retrasos o necesidades de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. escuchar y respetar su decisiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. enviarlo a otros servicios o ponerlo en contacto con otras personas que pueden ayudarles a su hijo y a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. hablar con usted sobre los puntos fuertes y la necesidades de su hijo y su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. hablarle de lo que usted cree que es importante para su hijo y su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. tener una buena relaci3n con usted y su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ayudar a su hijo a desarrollarse y a aprender

¿Que tan valiosa ha sido la intervanci3n temprana en ...

12. darle informaci3n 3til sobre ayudarle a su hijo a llevarse bien con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. darle informaci3n 3til sobre ayudarle a su hijo a aprender nuevas habilidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. darle informaci3n 3til sobre ayudarle a su hijo satisfacer sus necesidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. identificar cosas que usted puede hacer para ayudarle a su hijo a crecer y aprender?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. darle ideas sobre como incluir a su hijo en las actividades diarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. trabajar con usted para que sepa cuando esta progresando su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Creada por el Early Childhood Outcomes Center con el apoyo de la Oficina de Programas de Educaci3n Especial del Departamento de Educaci3n de Estados Unidos.

COORDINADOR DE SERVICIOS SOLO

Si la familia no pudo completar esta encuesta, ¿por qu3?

- La familia no pudo ser localizado o no respondio
- La familia se mudo
- No administrar la Encuesta Familiar
- Otro: _____

Por favor escriba sus intentos de llegar/contacto con la familia:

Fecha (mes, día, año)

Metodo de Contacto