

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: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> 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:		
Dirreccion de casa de su hijo/a: <input type="checkbox"/> Marque si direccion es diferente para recibir correo y apunte direccion <input type="checkbox"/> Marque si su familia esta sin hogar				Hospital de Nacimiento:		
Terapista/Profesionales/Agencias trabajando con ustedes (e.g. <u>CPS</u> , 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 retraso del desarrollo, o tener diagnosis que presentara un retraso.

Si su hijo/hija esta cerca de cumplir 3 años (34 meses+)

El distrito escolar proporciona terapias despues de los 3. Si tiene preocupacion de discapacidad 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	
Preuebas de audición	<input type="checkbox"/> Examen de recién nacido/a – Resultado: <input type="checkbox"/> Audiología – Fecha: -- Resultado:
Palabras y señales (actual)	Número de palabras claras: Se han perdido la mayoría de palabras de su hijo/a? Número de palabras ininteligible: Usa su hijo/a gesturas para comunicarse?
Frases	Número máximo de palabras que su hijo/a puede poner juntas: Ejemplo de Frase(s):
Respuestas	Su hijo/a responde bien a comandos básicos 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 <u>aplican</u> a su hijo/a:	
<input type="checkbox"/> Sentarse sin apoyo <input type="checkbox"/> Gatear <input type="checkbox"/> Halar para pararse <input type="checkbox"/> Pararse sin soporte <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Músculos débiles <input type="checkbox"/> Rigidez muscular	
Si necesario, elabora preocupaciones motores:	
Comentarios adicionales/diagnosis o preocupaciones en otras áreas de desarrollo:	

Mande por mensaje de correo electrónico– Mande correo electrónico con el sujeto “Formulario Familiar de Intervención Temprano ” Y adjunte este (1) formulario, (2) todos documentos/reportes relacionados con el desarrollo de su hijo/hija detallando diagnosis (e.g. ST/OT/ABA). (3) Tarjeta de seguro de salud.

Mande por fax – Fax#: (888) 339-3306