Sistema de Intervención Temprana de Indiana First Steps

ENTREVISTA DE FAMILIA

Nombre del niño _____ Fecha de Nac. _____

Numero de Ident. De First Steps del Niño y su Familia: _____

Condado en que Reside: _____

Nombre / Teléfono del Coordinador de Servicio: _____

Fecha: _____

La meta de First Steps es ayudar a familias a

- **trabajar con el equipo de First Steps para apoyar el desarrollo de su hijo(a);**
- **conocer sus derechos y ser fuertes defensores de su hijo(a) y su familia;**
- **mantener a su hijo(a) y otros miembros de la familia a salvo y saludables;** y
- **conectar con otras familias y asociaciones comunitarias en momentos de necesidad emocional.**

Las preguntas de la sección 1 ayudaran a identificar que conocimientos, habilidades, y recursos la familia pueda necesitar.

Otra meta importante de First Steps es que los **niños participen y sean totalmente incluidos en actividades diarias, entornos, y rutinas en el hogar y comunidad**. Las Leyes Federales y Estatales requieren que se proporcionen servicios de intervención temprana, (como estas actividades diarias , escenarios, y rutinas) en ambientes naturales. Las preguntas en la sección 2 proporcionan un resumen de la participación en el hogar y actividades de la comunidad, en donde los servicios de intervención temprana tomen lugar. Los resultados pueden indicar donde los servicios pueden llevarse a cabo lógicamente.

Para alcanzar estas metas, necesitamos completar la siguiente entrevista. Esta entrevista de familia ayudara a Fisrt Steps a identificar el conocimiento, habilidades, y recursos que la familia tiene o puede necesitar.

Esta información será reunida por el Coordinador de Servicio antes de la reunión del IFSP. Como una entrevista familiar, es opcional y voluntaria de parte de la familia—de ser completa de será compartida solamente con el consentimiento de la familia. **Esta Información es Confidencial.** No será compartida con ningún otro programa. La información de esta entrevista puede ayudar al equipo de IFSP a identificar la necesidad de servicios.

☐ Nosotros hemos completado esta Entrevista de Familia con nuestro Coordinador de Servicio.

_____ _____

Firma del Padre o Persona Encargada Fecha

☐ Nosotros hemos hablado con nuestro Coordinador de servicios acerca de la entrevista de familia y hemos decidido no completarla.

_____ _____

Firma del Padre o Persona Encargada Fecha

Nombre del Niño _____ Fecha de Nac. _____

Sección 1: La Familia

1. Mejorando el aprendizaje y el desarrollo de mi hijo(a)	**Sí**	**No**	**No Estoy Seguro**	**Marque si First Steps puede ayudar**
1.1. Me siento cómodo al saber como apoyar el aprendizaje y desarrollo de mi hijo(a) en las áreas de:				
a. Habilidad de COMUNICACION – a comprender a otros, a expresar sus propios pensamientos, y mantener conversaciones simples	☐	☐	☐	☐
b. Habilidad COGNITIVA –al adquirir nuevos conocimientos, a resolver problemas	☐	☐	☐	☐
c. Habilidad MOTORA (GRUESA) – a sentarse, a moverse alrededor, y a jugar juegos físicos	☐	☐	☐	☐
d. Habilidad MOTORA (FINA) – a alcanzar, agarrar, y jugar con juguetes y objetos	☐	☐	☐	☐
e. Habilidad SOCIO/EMOCIONAL – a desarrollar relaciones sociales positivas	☐	☐	☐	☐
f. Habilidad ADAPTIVA – a comer, a vestirse, a bañarse, y a utilizar el inodoro	☐	☐	☐	☐
1.2. Yo comprendo las necesidades especiales de mi hijo(a) y como afectan su desarrollo.	☐	☐	☐	☐
1.3. Yo se cuales juguetes y libros son adecuados para la edad de mi hijo(a).	☐	☐	☐	☐
1.4. Yo se como manejar las rabietas temperamentales u otros comportamientos que me molestan.	☐	☐	☐	☐
1.5. Se como enseñar a mi hijo(a) a usar el inodoro.	☐	☐	☐	☐
1.6. Se como hablar y jugar con mi hijo(a).	☐	☐	☐	☐
1.7. Se como ayudar a mi hijo(a) a desarrollar buenos hábitos de dormir.	☐	☐	☐	☐
1.8. Se como darle oportunidades a mi hijo(a) para que juegue con otros niños	☐	☐	☐	☐
1.9. Otras cosas que me gustaría aprender para mejorar el desarrollo de mi hijo(a) (favor enumere):	☐	☐	☐	☐
COMENTARIOS OPCIONALES (eje., posible asistencia, horarios)				

Nombre del Niño _____ Fecha de Nac. _____

Sección 1: LA FAMILIA continuación

2. Apoyando la salud, seguridad, y nutrición	Sí	No	No estoy seguro	Marque si First Steps puede ayudar
2.1. Mi hijo(a) visita regularmente a un medico para chequeos o cuando esta enfermo.	☐	☐	☐	☐
2.2. Yo sé cuando mi hijo(a) necesita sus vacunas de inmunización.	☐	☐	☐	☐
2.3. Mi hijo(a) esta al día con sus vacunas de inmunización.	☐	☐	☐	☐
2.4. Mí familia tiene un adecuado seguro y cobertura.	☐	☐	☐	☐
2.5. Sé como alimentar a mi hijo(a) para que tenga comidas balanceadas.	☐	☐	☐	☐
2.6. Mi hijo(a) come bien y tiene una dieta balaceada.	☐	☐	☐	☐
2.7. Yo estoy enterado de las siguientes reglas comunes de seguridad:				
a. Usar un asiento de niño en el asiento trasero de nuestro automóvil.	☐	☐	☐	☐
b. Los posibles riesgos de salud y desarrollo del humo del cigarrillo para bebes y niños.	☐	☐	☐	☐
c. Tener cobertores plásticos en los toma corrientes.	☐	☐	☐	☐
d. Tener detectores de humo que funcionen.	☐	☐	☐	☐
e. Tener nuestras medicinas o productos venenosos fuera del alcance de nuestros hijo(a)s.	☐	☐	☐	☐
f. Mantener armas de fuego fuera del alcance de niños.	☐	☐	☐	☐
g. Mandar a revisar que nuestra casa no tenga pintura con plomo.	☐	☐	☐	☐
2.8. Yo sé de los siguientes programas que me pueden ayudar a mantener a mi hijo(a) seguro y saludable:				
a. WIC (Women, Infants, and Children)	☐	☐	☐	☐
b. Medicare and SSI (Supplemental Security Income)	☐	☐	☐	☐
c. Hoosier Healthwise	☐	☐	☐	☐
d. CSHCS (Children's Special Health Care Services)	☐	☐	☐	☐

COMENTARIOS OPCIONALES (eje., posible asistencia, horarios)

3. Conociendo lo que puedo hacer como miembro del equipo First Steps	Sí	No	No estoy seguro	Marque si First Steps puede ayudar
3.1. Yo sé y entiendo el propósito de la valoración y continua evaluación de mi hijo(a) y de mi familia.	☐	☐	☐	☐
3.2. Yo sé que puedo compartir información acerca de mi hijo(a) y de mi familia como parte de la evaluación.	☐	☐	☐	☐
3.3. Yo compartí información de mi hijo(a) y de mi familia como parte de la evaluación anterior.	☐	☐	☐	☐
3.4. Yo conozco y comprendo los propósitos del (IFSP) Plan Individualizado de Servicio de Familia, y de las reuniones para desarrollarlos.	☐	☐	☐	☐
3.5. Yo sé que puedo compartir los resultados y servicios que me parezcan importantes para el IFSP	☐	☐	☐	☐
3.6. Yo sé que puedo /no puedo estar de acuerdo con las recomendaciones hechas por otros miembros del equipo.	☐	☐	☐	☐

COMENTARIOS OPCIONALES (eje., posible asistencia, horarios)

Nombre del Niño _____ Fecha de Nac. _____

Sección 1: LA FAMILIA continuación

4. Conociendo mis derechos y como ser un fuerte defensor para mi hijo(a) y mi familia.	**Sí**	**No**	**No estoy seguro**	**Marque si quiere aprender mas**
4.1. Yo sé y comprendo mis derechos bajo First Steps, incluyendo mi derecho a:				☐
a. Una evaluación	☐	☐	☐	
b. Un plan coordinado de servicios de intervención temprana	☐	☐	☐	
c. Dar consentimiento para los servicios	☐	☐	☐	
d. Notificación previa para cualquier cambio en los servicios	☐	☐	☐	
e. Privacidad (la información es compartida solo con mi permiso)	☐	☐	☐	
f. Revisar los archivos de intervención temprana de mi hijo(a) y fam.	☐	☐	☐	
g. Participar en todas las actividades del equipo	☐	☐	☐	
h. Comprender (recibir información en mi idioma)	☐	☐	☐	
i. Un defensor	☐	☐	☐	
j. No estar de acuerdo con recomendaciones del equipo de IFSP	☐	☐	☐	
4.2. Yo sé que puedo defender a mi hijo(a) o familia de varias formas incluyendo:				☐
a. Compartiendo mis preocupaciones, necesidades, prioridades	☐	☐	☐	
b. Escogiendo los servicios o proveedores que creo que necesitamos	☐	☐	☐	
c. Agregar, cambiar, o detener servicios o proveedores	☐	☐	☐	
d. Rehusar permiso para servicios o actividades	☐	☐	☐	
4.3. Si estoy en desacuerdo con mis proveedores, yo puedo trabajar en conjunto con ellos para encontrar una solución.	☐	☐	☐	☐

COMENTARIOS OPCIONALES (eje., posible asistencia, horarios)

5. Relacionándose con otras familias, asociaciones y organizaciones comunitarias, para información y apoyo	**Sí**	**No**	**No estoy seguro**	**Marque si quiere aprender mas**
5.1. Yo tengo información y recursos para cumplir con mi familia en :				
a. Necesidades para transporte	☐	☐	☐	☐
b. Necesidades de vivienda	☐	☐	☐	☐
c. Necesidades de trabajo	☐	☐	☐	☐
d. Necesidades de educación	☐	☐	☐	☐
5.2. Cuando necesite información o apoyo emocional, se que puedo contactar a:				☐
a. Amigos u otros miembros de la familia	☐	☐	☐	
b. Persona de cuidado al niño (respite care)	☐	☐	☐	
c. Otras familias con hijo(a)s con necesidades especiales	☐	☐	☐	
d. Grupos o asociaciones de apoyo familiar	☐	☐	☐	
e. Agencias formales de la comunidad	☐	☐	☐	
5.3. En los últimos 3 meses, yo he contactado a otras familias o soportes comunitarios para información o apoyo emocional	☐	☐	☐	☐

COMENTARIOS OPCIONALES (eje., posible asistencia, horarios)

Nombre del Niño _____ **Fecha de Nac.** _____

Sección 2: ***ENTORNOS NATURALES /AMBIENTES*** **(Niño, Hogar , y Comunidad)**

6. Las siguientes personas cuidan a mi hijo(a) y son importantes en su vida:	**Sí**	**No**	**Favor marque si quiere incluir a esta persona en el programa**
6.1. Madre	☐	☐	☐
6.2. Padre	☐	☐	☐
6.3. Padrastro(s)	☐	☐	☐
6.4. Padre(s) sustitutos (foster)	☐	☐	☐
6.5. Abuelo(s)	☐	☐	☐
6.6. Hermano(s) o Hermana(s)	☐	☐	☐
6.7. Tía(s)/Tío(s)	☐	☐	☐
6.8. Otras personas que cuiden al niño(s) (favor cite):	☐	☐	☐
6.9. Proveedor de Cuidado al niño	☐	☐	☐
6.10. Otro lugar de cuidado al niño (favor cite):	☐	☐	☐

COMENTARIOS OPCIONALES (eje., posible asistencia, horarios)

7. Mi hijo(a) es capaz de completar las siguientes rutinas exitosas e independientemente ☐ El niño no a plica, actualmente esta en NICU	**Sí, sin ayuda**	**Sí, con ayuda**	**No puede**	**Marque si First Steps puede ayudar**
7.1 Levantarse en la mañana	☐	☐	☐	☐
7.2 Vestirse y desvestirse	☐	☐	☐	☐
7.3 Horas de comida	☐	☐	☐	☐
7.4 Hora de jugar adentro	☐	☐	☐	☐
7.5 Hora de jugar afuera	☐	☐	☐	☐
7.6 Interactuar con hermanos y otros niños	☐	☐	☐	☐
7.7 Participar en juegos y actividades familiares	☐	☐	☐	☐
7.8 Hora de siesta	☐	☐	☐	☐
7.9 Usar el inodoro	☐	☐	☐	☐
7.10 Alistarse para salir de la casa	☐	☐	☐	☐
7.11 Acostarse en la noche	☐	☐	☐	☐
7.12 Otros (Favor cite otras rutinas del hogar):	☐	☐	☐	☐

COMENTARIOS OPCIONALES (eje., posible asistencia, horarios)

Nombre del Niño _____ **Fecha de Nac.** _____

Sección 2: ***ENTORNOS NATURALES /AMBIENTES*** **(Niño, Hogar , y Comunidad)**

8. En las últimas 2 semanas mi hijo(a) ha participado en los siguientes escenarios en la comunidad: ☐ El niño no a plica, actualmente esta en NICU	**No hace-mos esto**	**Sí, una vez**	**Sí, mas de una vez**	**Nos cuesta hacer esto**	**Marque si First Steps puede ayudar**
8.1 Comprar comida	☐	☐	☐	☐	☐
8.2 Comprar otras cosas	☐	☐	☐	☐	☐
8.3 Visitar amigos, parientes, o vecinos	☐	☐	☐	☐	☐
8.4 Salir a comer	☐	☐	☐	☐	☐
8.5 Asistir a la Iglesia / templo servicios religiosos	☐	☐	☐	☐	☐
8.6 Grupos de juegos de niños pequeños	☐	☐	☐	☐	☐
8.7 Familia / hogar de cuidado al niño	☐	☐	☐	☐	☐
8.8 Centro de cuidado al niño	☐	☐	☐	☐	☐
8.9 Centro de cuida para niños de cuidados especiales	☐	☐	☐	☐	☐
8.10 Head Start	☐	☐	☐	☐	☐
8.11 Actividades comunitarias con otros niños (eje., biblioteca, YMCA)	☐	☐	☐	☐	☐
8.12 Día de descanso de la madre	☐	☐	☐	☐	☐
8.13 Asistir a un evento comunitario con algún miembro de la familia	☐	☐	☐	☐	☐
8.14 Otros (Favor cite otras actividades comunitarias):	☐	☐	☐	☐	☐

COMENTARIOS OPCIONALES (eje., posible asistencia, horarios)

9. En el último mes, he tenido las siguientes experiencias con cuidado al niño y otros programas comunitarios para mi hijo(a): ☐ El niño no a plica, actualmente esta en NICU	**No Aplica**	**Si**	**No**	**No estoy seguro**	**Marque si First Steps puede ayudar**
9.1 El prog. cuid. al niño han dado la bienvenida e incluido a mi hijo(a)	☐	☐	☐	☐	☐
9.2 El prog. cuid. al niño proporciona cuidado seguro y sano	☐	☐	☐	☐	☐
9.3 El prog. cuid. al niño cumple las necesidades indiv. de mi hijo(a)	☐	☐	☐	☐	☐
9.4 Actividades y prog. comunitarios para niños peq.(eje., YMCA, prog. de lectura en biblioteca, natación) han dado la bienvenida e incluido a mi hijo(a)	☐	☐	☐	☐	☐
9.5 Activ. y prog. comunitarios para niños pequeños han involucrado a mi hijo(a) adecuadamente	☐	☐	☐	☐	☐

COMENTARIOS OPCIONALES (eje., posible asistencia, horarios)