

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DE NYC
CALENDARIO DE FAMILIAS COMO ASOCIADOS (FAP)

Nombre del interencionista/agencia

Servicio Autorizado

NOMBRE DEL NIÑO: _____

(Apellido)

(Primer nombre)

E#: _____ FECHAS: DESDE _____

PLAN FAMILIAR

Mes de _____
Completado por interencionista (s):
Numere las actividades

Preguntas acerca del plan familiar:
Qué función bien en este plan?
Qué no funcionó? Comentarios,
Inquietudes y ajuste.
(Completado por el padre/cuidador)

Padre/Cuidador: Indique el número de la actividad que intentó realizar.
Escriba "+" si la actividad funcionó bien y "-" si no funcionó bien
(Completado por el padre/cuidador)

Semana de Dom	Lun	Mar	Mierc	Jueves	Ver	Sab
Semana de Dom	Lun	Mar	Mierc	Jueves	Ver	Sab
Semana de Dom	Lun	Mar	Mierc	Jueves	Ver	Sab

Padres/cuidadores que completaron el calendario: _____

¡IMPORTANTE! ¡GUARDE ESTA PÁGINA Y ENTREGUELA A SU COORDINADOR DE SERVICIOS!