|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989HS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **RESULTADOS DEL NIÑO / FAMILIA****CHILD / FAMILY OUTCOME**  |
| Nombre del niño | Fecha del reporte |
|       |       |
| Esta página indica el resultado(s) para el apoyo brindado al niño y a su familia a través de los servicios del Birth to 3 Program. Los resultados se basan en:* Las prioridades de la familia.
* Todas las áreas del desarrollo.
* Participación en cada rutina.
 |
|  |
| Fecha:       |
| Al pensar en las rutinas de su familia, ¿qué le gustaría que su hijo(a) a tenga la oportunidad de hacer? (resultado medible)  |
|       |
| ¿Qué está pasando en este momento? ¿Qué está funcionando bien? ¿Cuáles cambios desea ver? ¿Qué ha tratado? ¿Qué es lo próximo que espera ver? (estado actual) |
|       |
| ¿Cuándo anticipa usted que se lleve a cabo este resultado (eventos, vacaciones próximas)? ¿Cuándo se logrará la meta? (cronología) |
|       |
| ¿Qué debemos tratar? ¿Cómo vamos a llegar? ¿Por dónde empezamos? ¿Dónde comenzará nuestra planificación conjunta? ¿Cómo serán las visitas? (estrategias) |
|       |
| F-00989HS |
| ¿Cómo vamos a saber que estamos en el camino correcto? (criterios — cómo se determinará el progreso, regla estándar o prueba en la que se basa la decisión) |
|       |
| ¿Cómo vamos a medir los progresos sobre este resultado? (procedimientos — quién/cómo determinar el progreso) |
| [ ]  Reporte de los padres | [ ]  Observaciones del niño |
| [ ]  Evaluación continua  | [ ]  Revisiones periódicas del plan de servicios individualizados para la familia  |
| [ ]  Otra:       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Progreso / modificaciones o revisiones al resultado  |
| Fecha:       |
| [ ]  Alcanzado | [ ]  Continúo | [ ]  No es importante |