|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00989GS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** | |
| **HÁBLENOS DE SU FAMILIA**  **TELL US ABOUT YOUR FAMILY** | | |
| Nombre del niño | | Fecha del reporte |
|  | |  |
| Procedimiento utilizado para la evaluación del niño/familia | | |
|  | | |
| Esta página es un resumen de la información que usted ha compartido con nosotros acerca de su familia. El propósito de esta información es ayudar a desarrollar un plan y las estrategias de intervención que son significativas para su familia. | | |
| Apoyos/recursos naturales (personas o apoyos que son útiles para su familia) | | |
| Fecha: | | |
| Rutinas / actividades (describa el día del niño/familia) | | |
| Fecha: | | |
| Prioridades de la familia (actividades que a la familia le gustaría realizar) | | |
| Fecha: | | |