|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-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:       |