|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-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 |