



Mi Pasaporte Integrado

FOTO

2 X 2

Mi nombre es _____ y tengo _____ años.

Mi fecha de nacimiento es ____/____/____. Mi (tel.) _____

Mi dirección física es: _____

Mi centro preescolar fue: Head Start PKR DE PKEE DE Casa del Niño

Nombre del centro: _____ Teléfono: _____

Vivo con: mamá y papá madre padre encargado Otro: _____

Mi mamá se llama: _____ Mi papá se llama: _____

Tengo _____ hermanos, están en mi escuela receptora: ____ Sí ____ No

Mis hermanos se llaman: _____

Alianzas con familia y comunidad

Cuenta con el apoyo de otro familiar: ____ Sí ____ No

Nombre: _____ Parentesco con el menor: _____

Fortalezas familiares

Familia cooperadora

Participa en orientaciones y/o reuniones

Participa activamente en Comité de Política Normativa

Áreas para trabajar

Estudio de los padres

Asistencia del niño/niña

Vivienda

Salud mental del niño/niña

Salud

Requiere mayor discusión

Salud mental de la familia

Certifico por familia y comunidad

Nombre en letra de molde

Firma

Número de licencia si aplica

Salud

Vacunas: Completas Incompletas

Exención Vacunas Ley 25

Plan de vacunación:

Condiciones de salud si alguna:

Dental: Completado Pendiente

Alergias: Sí No ¿Cuál?

Seguimientos:

Nombre del técnico de salud

Firma del técnico de salud

Número de licencia si aplica

Este documento es parte de las actividades que se realizan con el fin de tener una transición efectiva del preescolar al kindergarten receptor del estudiante como parte de un acuerdo colaborativo entre Head Start y el Departamento de Educación. Debe ser completado por la maestra del centro preescolar, enfermera escolar o el especialista que aplique.

Nutrición			
Dieta especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?			
Nombre del nutricionista	Firma del nutricionista	Número de licencia si aplica	
Salud Mental			
Fue referido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del referido: ____/____/____ <small>día mes año</small>			
Diagnóstico			
Nombre del especialista	Firma del especialista	Número de licencia si aplica	
Necesidades especiales			
Cumplió criterio de elegibilidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: ____/____/____ <small>día mes año</small>			
Núm. de registro:	Núm. de MIPE:		
Fecha de registro: ____/____/____ <small>día mes año</small>	Núm. POWER DE:		
Diagnóstico			
Evaluaciones realizadas:			
Evaluación	Fecha	Evaluación	Fecha
Habla/Lenguaje		Ocupacional	
Neurológica		Psicológica	
Física		Otra:	
PEI			
Fecha: ____/____/____ <small>día mes año</small>		Revisión: ____/____/____ <small>día mes año</small>	
Terapias y Corporación que ofrece el servicio			
Terapia	Corporación	Frecuencia	
Ocupacional			
Psicológica			
Habla y lenguaje			
Física			
Otras			
___ Ameritaba servicios y familia no completó proceso en Departamento Educación			
___ Ameritaba servicios y familia firmó documento de Denegación de servicios			
Otros:			
Nombre especialista	Firma especialista	Número Licencia/si aplica	

Nota: Se adjunta el último informe de progreso del niño/a.