



# Mi Pasaporte integrado



Mi nombre es \_\_\_\_\_, tengo \_\_\_\_ años. Mi fecha de nacimiento es \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Mi dirección física es: \_\_\_\_\_ (tel.) \_\_\_\_\_. Asistí al  Centro Head Start  PKR DE  PKEE DE  Casa del Niño nombre \_\_\_\_\_ (tel.) \_\_\_\_\_.

Alianzas con familia y comunidad		
Cuenta con el apoyo de otro familiar:		
Fortalezas familiares	Nombre	Parentesco
<input type="checkbox"/> Familia cooperadora		
<input type="checkbox"/> Participa en reuniones y orientaciones		
<input type="checkbox"/> Participa activamente en Comité de Política Normativa		
<input type="checkbox"/> Familia cooperadora		
Áreas para trabajar		
<input type="checkbox"/> Estudio padres	<input type="checkbox"/> Asistencia niña/niña	<input type="checkbox"/> Vivienda
<input type="checkbox"/> Salud mental niño/niña	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Requiere mayor discusión
<input type="checkbox"/> Salud mental familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certifico por familia y comunidad		
Nombre molde	Firma	Número Licencia/si aplica
Salud		
Vacunas		
<input type="checkbox"/> Completas	<input type="checkbox"/> Incompletas	
<input type="checkbox"/> Exención Vacunas Ley 25	<input type="checkbox"/> Plan Vacunación	
Condición de Salud:		
Dental		
<input type="checkbox"/> Completado	<input type="checkbox"/> Pendiente	
Alergias		
Seguimientos		
Nombre técnico de salud	Firma técnico de salud	Número Licencia/si aplica



# Mi Pasaporte integrado



Nutrición		
Dieta especial		
<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Cuál?		
Nombre nutricionista	Firma nutricionista	Número Licencia/si aplica
Salud Mental		
Fue referido	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Diagnóstico		
Nombre especialista	Firma especialista	Número Licencia/si aplica
Necesidades especiales		
Cumplió criterio de elegibilidad	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fecha ____/____/____
#Registro	# MIPE	
Fecha de registro ____/____/____	#SIE	
Diagnóstico		
Evaluaciones realizadas:		
<input type="radio"/> Habla/Lenguaje Fecha ____/____/____	<input type="radio"/> Ocupacional Fecha ____/____/____	<input type="radio"/> Psicológica Fecha ____/____/____
<input type="radio"/> Neurológica Fecha ____/____/____	<input type="radio"/> Física Fecha ____/____/____	<input type="radio"/> Otra: Fecha ____/____/____
PEI		
Fecha ____/____/____	Revisión ____/____/____	
Terapias y Corporación que da el servicio	<input type="radio"/> Ocupacional	<input type="radio"/> Psicológica
Frecuencia		
Terapias y Corporación que da el servicio	<input type="radio"/> Habla y lenguaje	<input type="radio"/> Otras _____
Frecuencia		
____ 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