****Este formulario debe ser completado por el equipo FIT del niño(a) y entregado al LEA por el FSC al menos 30 dias antes de la Conferencia de Transición.

**Resumen de Evaluación de Transición (TAS)**

**La Fecha de Hoy:**

|  |
| --- |
| **Información del Niño(a)** |
| **Nombre:**  | **Incial del Segundo Nombre:**  | **Apellido:**  |
| **El Idioma Primario del Niño(a):**  | **El Idioma Primario de los Padres:**  | **Fecha de Nacimiento:** |
| **Edad Cronológica:**  | **Diagnóstico del Niño(a)** **(si es aplicable):**  |
| **Información del programa FIT** |
| **Agencia de FIT:**  | **Coordinador de Servicios Familiares:**  |
| **Información de contacto de La Agencia FIT:**  |
| **Niveles Actuales del Desarrollo/Información**(La evaluación debe contener información de su herramienta de evaluación continua (AEPS, & HELP, y/o herramientas específicas de NMSD Y NMSBVI) Y la IDA. La evaluación se considera actual si se realiza dentro de los seis meses siguientes a la fecha de la conferencia de transición). |
| **Instrumentos de Evaluación Utilizados** | **Fecha Conducida** | **Conducida por (nombre y****licencia/certificación)** | **Información de Contacto** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Tiene este Niño(a) una Evaluación del ECEP?** [ ]  Si O [ ]  No | **¿Está el/la niño(a) en una lista de Espera ECEP?** [ ]  Si O [ ]  No | **En caso afirmativo, fecha de la evaluación del ECEP:** **Si el/la niño(a) está en la lista de espera, indique el período de tiempo esperado (Si lo sabe):** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dominio** | **Descripción del Funcionamiento del Niño(a)**Por favor, incluya las fortalezas del niño(a), así como las áreas de necesidad, y cómo estas áreas están afectando el funcionamiento del niño(a) en las actividades diarias e interacciones con otros, especialmente compañeros de la misma edad. Incluya cualquier estrategia o adaptación exitosa que actualmente apoyan el aprendizaje del niño(a). | **Nivel de Desarrollo (rango de edad)****Porcentaje de Retraso (de la IDA) \*** |
| **Comunicación** **(Receptiva Y Expresiva)**  | ***No enumere únicamente los elementos de la evaluación. Incluya cualquier actividad apropiada para la edad que el/la niño(a) pueda realizar independientemente o puede hacer con apoyo.* ¿Cómo es la participación? Por favor, incluya cualquier historial de desarrollo pertinente** | **Rango de Edad:****Porcentaje de Retraso:** |
| **Habilidades Motoras Finas** | ***No enumere únicamente los elementos de evaluación. Incluya cualquier actividad apropiada para la edad que el/la niño(a) puede realizar independientemente o puede hacer con apoyo.* ¿Cómo es la participación? Por favor, incluya cualquier historial de desarrollo pertinente.** | **Rango de Edad:****Porcentaje de Retraso:** |
| **Capacidad Motora Bruta** | ***No enumere únicamente los elementos de evaluación. Incluya cualquier actividad apropiada para la edad que el/la niño(a) puede realizar independientemente o puede hacer con apoyo.* ¿Cómo es la participación? Por favor, incluya cualquier historial de desarrollo pertinente.** | **Rango de Edad:****Porcentaje de Retraso:** |
| **Adativa/ Autoayuda** | ***No enumere únicamente los elementos de evaluación. Incluya cualquier actividad apropiada para la edad que el/la niño(a) puede realizar independientemente o puede hacer con apoyo.* ¿Cómo es la participación? Por favor, incluya cualquier historial de desarrollo pertinente.** | **Rango de Edad:****Porcentaje de Retraso:** |
| **Cognitivo** | ***No enumere únicamente los elementos de evaluación. Incluya cualquier actividad apropiada para la edad que el/la niño(a) puede realizar independientemente o puede hacer con apoyo. ¿Cómo es la participación? Por favor, incluya cualquier historial de desarrollo pertinente.*** | **Rango de Edad:****Porcentaje de Retraso:** |
| **Social/****Emocional** | ***No enumere únicamente los elementos de evaluación. Incluya cualquier actividad apropiada para la edad que el/la niño(a) haga de forma independiente o puede hacer con apoyo. ¿ Cómo es la participación? Por favor, incluya cualquier historial de desarrollo pertinente.*** | **Rango de Edad:****Porcentaje de Retraso:** |

**Otra Información:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Estado de Visión** | ***Incluya si el equipo y/o los padres tienen preocupaciones con respecto a la*** ***vision del nino (a). También, indique si el/la niño(a) está siendo visto por NMSBVI e inclúyalo en el proceso de completar este fomulario y adjunte cualquier informe del NMSBVI a este formulario. Por favor, adjunte el reporte actual del examen de detección a este documento. Si no es disponible, por favor explique por qué.***🞏 Por favor, marque aquí si se ha realizado el examen de detección en los últimos seis meses. |
| **Audición** | ***Incluya si el equipo y/o los padres tienen preocupaciones con respect a la audición del niño(a). También, por favor indique si el/la niño(a) está siendo atendido por la NM División de Participación e Intervención Temprana de la Escuela para Sordos e inclúyalos en el proceso de completer este formulario y adjunte cualquier informe de NMSD a este formulario. Por favor, adjunte el reporte actual del examen de detección. Si no se disponible, por favor explique por qué.***🞏 Por favor, marque aquí si se ha realizado el examen de detección en los últimos seis meses. |
| **Salud/Médico** | ***Por favor, incluya cualquier historial médico pertinente y necesidades médicas actuales que puedan estar afectando al niño(a) y describa cómo.*** |
| **Technología de Asistencia** | ***Por favor, enumere cualquier technoogía de asistencia u otras adaptaciones que el/la niño(a) esté utilizando y describa el nivel de éxito del niño(a) y cuánto tiempo llevan usando la technoogía de asistencia u otros adaptaciones?*** ***(Ejemplos: ayudas auditiva, ortóticos, tableros de fotos)*** |

Al firmar esta forma, estoy de acuerdo en que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Agencia de Proveedores de FIT) ha revisado la información en este formulario conmigo/nosotros. Otros documentos que se enviarán con este formulario incluyen: MCHAT, Exámenes Auditivos, Detección de Visión, Evaluación Multidisciplinaria Inicial Amplia (CME), la IFSP actual del niño, y la forma Consentimiento para Intercambiar Información firmada. La información de sailad de ECO se enviará al momento que se de alta de la Agencia de Proveedores de FIT.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma de Padres/Tutor |  | Fecha |
|  |  |  |
| Firma de Padres/Tutor |  | Fecha |
|  |  |  |
| Firma del Coordinador de Servicio Familiar FIT |  | Fecha |