

**INFORME DE REVISIÓN DE REGISTROS**[\(Link to Instructions for completing GCI-1157A and GCI-1157B\)](#)1. Nombre del niño (*Apellido, Nombre, Inicial*): \_\_\_\_\_

2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

3. Nombre del padre: \_\_\_\_\_

4. # de ID de I-TEAMS: \_\_\_\_\_

5. Región: \_\_\_\_\_

6. Agencia proveedora de servicios: \_\_\_\_\_

7. Registros médicos obtenidos de (Clínica, Hospital, Agencia): \_\_\_\_\_

8. Nombre de los profesionales de salud calificados documentados en los registros:  
\_\_\_\_\_

9. Fecha de los registros médicos: \_\_\_\_\_

10. Nombre del proveedor de servicios de intervención temprana que completa la revisión del registro:  
\_\_\_\_\_

11. Disciplina del proveedor de servicio de intervención temprana: \_\_\_\_\_

12. Los registros presentados identifican que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Seleccione todos los Diagnósticos Establecidos O Retrasos significantes en el desarrollo, del 50 por ciento, que correspondan:

**Diagnósticos Establecidos**

Discapacidad auditiva

Parálisis cerebral

Anormalidad cromosómica

Infecciones congénitas

Trastornos que reflejan una alteración del sistema nervioso

Trastornos secundarios a la exposición a sustancias tóxicas (SAF)

Hidrocefalia

Hemorragia intraventricular

Grado III o IV

**Trastorno metabólico**

Defectos del tubo neural

Desnutrición infantil

Leucomalacia periventricular

Trastorno reactivo de apego

Discapacidad visual

Otro diagnostico establecido no mencionado anteriormente:

**Retrasos significantes en el desarrollo, del 50 por ciento en las áreas de:**

Desarrollo adaptativo

Desarrollo cognitivo

Desarrollo de comunicación

Desarrollo físico (motricidad fina o gruesa)

Desarrollo emocional y social

14. Información adicional (*complete según sea necesario*):

El informe de revisión de registros se enviará al Coordinador de servicios una vez finalizado para que se mantenga en el registro del niño.

15. \_\_\_\_\_

Firma del miembro del equipo que completa la revisión

Disciplina

Fecha