

INFORME DE REVISIÓN DE REGISTROS / AVISO PREVIO POR ESCRITO[\(Link to Instructions for completing GCI-1157A and GCI-1157B\)](#)

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 | Trastorno metabólico | Retrasos significantes en el desarrollo, del 50 por ciento en las áreas de: |
| Discapacidad auditiva | Defectos del tubo neural | Desarrollo adaptativo |
| Parálisis cerebral | Desnutrición infantil | Desarrollo cognitivo |
| Anormalidad cromosómica | Leucomalacia periventricular | Desarrollo de comunicación |
| Infecciones congénitas | Trastorno reactivo de apego | Desarrollo físico (motricidad fina o gruesa) |
| Trastornos que reflejan una alteración del sistema nervioso | Discapacidad visual | Desarrollo emocional y social |
| Trastornos secundarios a la exposición a sustancias tóxicas (SAF) | Otro diagnostico establecido no mencionado anteriormente: | |
| Hidrocefalia | | |
| Hemorragia intraventricular | | |
| Grado III o IV | | |
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 |
|---|------------|-------|

AVISO PREVIO POR ESCRITO

A completarse solo si el niño cumple con los criterios de elegibilidad de AzEIP

Como padres de un niño que participa en el Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP, por sus siglas en inglés), tienen protecciones bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades. Estas protecciones se encuentran en los Derechos del Menor y la Familia bajo el Programa de Intervención Temprana de Arizona, que se le proporciona con este aviso. El aviso previo por escrito es una de tales protecciones. Significa que le informaremos con anticipación acerca de ciertos cambios que queremos llevar a cabo y le daremos la oportunidad de decir "sí" o "no" a esos cambios. Lo siguiente es el cambio que se propone y el motivo del cambio.

Proponemos identificar a su niño, _____ como elegible para AzEIP a partir de(_____), en función de que su niño cumpla con los criterios de elegibilidad de AzEIP.

A la familia se le _____ de sus derechos y garantías.

Fecha en que se proporcionó este aviso previo por escrito a la familia: _____

Comuníquese conmigo lo antes posible si tiene alguna pregunta acerca de esta acción o sus Derechos del Menor y la Familia bajo el Programa de Intervención Temprana de Arizona.

Coordinador de servicios

Teléfono del Coordinador de servicios

Correo electrónico del coordinador de servicios

[Derechos del Menor y la Familia bajo AzEIP](#)

