



5425 Lanark Road Suite 200
Center Valley, PA 18034
Phone: 484-658-5437 Fax: 833-214-7525
Email: DevPeds@sluhn.org

Formulario de Admisión Para Pacientes Nuevos

Datos Demográficos (Demographics)

Fecha: _____
Nombre legal de niño/a: _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____ Genero: _____
Lenguaje preferido: _____ Lenguaje escrito: _____ Necesita interprete? _____
Rasa: _____ Ethnicity: _____ Religión: _____
Dirección: _____
Condado: _____ Distrito Escolar: _____
Correo electrónico: 1. _____ 2. _____

Quien es el guardián legal del niño(a)?

☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro (especificar): _____

Estado Civil: ☐ Casados ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Nunca casado ☐ Viudo

Hay problemas de custodia o órdenes de protección que debemos conocer? ☐ Si ☐ No

*** En caso afirmativo, describa (se requiere copias de las órdenes judiciales):** _____

Padre/Guardián 1:

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Máximo nivel educativo alcanzado: _____

Empleado: ☐ Tiempo-Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Otro Empleo

Nombre de su Empleador: _____ Ocupación: _____

Padre/Guardián 2:

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Máximo nivel educativo alcanzado: _____

Empleado: ☐ Tiempo-Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Otro Empleo

Nombre de su Empleador: _____ Ocupación: _____

La composición familiar

Family Composition

Por favor marque aquellos con quienes vive el niño(a) (Escriba los nombres):

Please check those with whom the child lives (Write in names):

- ☐ Madre Biológica: _____ ☐ Padre Biológico: _____
- ☐ Madrastra: _____ ☐ Padrasto: _____
- ☐ Madre Adoptiva: _____ ☐ Padre Adoptivo: _____
- ☐ Abuela: _____ ☐ Abuelo: _____
- ☐ Guardian(s): _____ ☐ Otro(s): _____
- ☐ Hermanos(a) (especifique: medio/completo/hermanastro y fecha de nacimiento): _____

Historial médica y psiquiátrica de la familia biológica.

Biological Family Medical and Psychiatric History

Alguien en la familia biológica de este niño(a) tiene:	Si	No	Relación con el niño(a)? Por favor especifique materno o paterno.
TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad <i>ADHD/ADD or Attention/hyperactivity</i>	☐	☐	
Abuso de alcohol / Abuso de drogas <i>Alcohol or Drug Abuse</i>	☐	☐	
Arritmia o problemas cardíacos antes de los 50 años. Si es así, describe. <i>Arrhythmia or heart problems before 50y</i>	☐	☐	
Trastorno del Espectro Autista <i>Autism Spectrum Disorder</i>	☐	☐	
Problemas de comportamiento o problemas con la ley <i>Behavior Problems or Trouble with the law</i>	☐	☐	
Defectos de nacimiento <i>Birth Defects</i>	☐	☐	
Retrasos en el desarrollo (caminante tardío / hablador) <i>Developmental Delays (late walker/talker)</i>	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Abuso emocional/ Abuso físico/ Abuso Sexual <i>Emotional/Physical/Sexual Abuse</i>	☐	☐	
Diagnosticos Genético <i>Genetic Diagnosis</i>	☐	☐	
Discapacidad intelectual (anteriormente retraso mental) <i>Intellectual Disability (formerly mental retardation)</i>	☐	☐	
Pérdida de audición (o) pérdida de visión (gafas) <i>Hearing/Vision Loss (glasses)</i>	☐	☐	
Dificultades de aprendizaje o discapacidades de aprendizaje (lectura, escritura, matemáticas, etc.) <i>Learning Difficulties or disability (reading, writing, math, etc.)</i>	☐	☐	
Obesidad <i>Obesity</i>	☐	☐	

Trastornos de salud mental como: ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar y esquizofrenia. Si es así, describe <i>Mental Health Disorders such as: anxiety, depression, obsessive compulsive disorder, bipolar, schizophrenia. If yes, describe</i>	☐	☐	
Convulsiones/Epilepsia <i>Seizures/epilepsy</i>	☐	☐	
Muerte súbita antes de los 50 años <i>Sudden Death before Age 50</i>	☐	☐	
Tics/Síndrome de Tourette <i>Tics/Tourette's Syndrome</i>	☐	☐	
Otras condiciones/diagnósticos especificar <i>Other Conditions/Diagnoses</i>	☐	☐	

Embarazo, Parto y Antecedentes de Parto <i>Pregnancy, Labor, and Delivery History</i>			
	Si	No	Si es así, describe
Nombre del hospital (<i>Name of hospital</i>): _____ Ciudad: _____ Estado: _____			
Edad de la madre cuando el bebé nació _____ años <i>Age of mother when baby was born _____ years</i>			
El bebé nació a las _____ semanas (<i>weeks born at</i>)			
Peso de Nacimiento (<i>birth weight</i>)? ____ lbs. ____ onz			
Es este bebé gemelo o trillizo? <i>Is this baby a twin or triplet?</i>	☐	☐	
Algún problema con otros embarazos? Abortos espontáneos? <i>Any problems with other pregnancies? Miscarriages?</i>	☐	☐	
Uso fertilización in vitro o otro método de concepción? <i>Use in vitro fertilization or other method of conception?</i>	☐	☐	
Hubo algún problema durante este embarazo? <i>Were there any problems during this pregnancy?</i>	☐	☐	
Se le recetó algún medicamento durante este embarazo? <i>Were any medications prescribed during this pregnancy? Describe</i>	☐	☐	
Tuvo la madre diabetes gestacional, azúcar en la orina, presión arterial alta, toxemia o infecciones—incluido el herpes—durante este embarazo? <i>Did mother have gestational diabetes, high blood pressure, toxemia, or infections (including herpes) during this pregnancy?</i>	☐	☐	
Cualquier consumo de tabaco, alcohol o drogas ilícitas durante este embarazo (cerveza, vino, marihuana, cocaína etc.) <i>Any smoking, alcohol consumed, or street drugs used during pregnancy?</i>	☐	☐	
Hubo algún problema durante el parto? <i>Was there any problems during labor or delivery?</i>	☐	☐	
Parto por cesárea? <i>Cesarean delivery?</i>	☐	☐	
Hubo algún problema al nacer o como recién nacido? <i>Was there any problems at birth or as newborn</i>	☐	☐	
Se observó algún defecto congénito o lesión de nacimiento? <i>Were there any birth defects or birth injuries noted?</i>	☐	☐	

El bebé tuvo ictericia y necesitaba fototerapia? <i>Did the baby have jaundice and need phototherapy?</i>	☐	☐	
Estaba el bebé muy nervioso o letárgico cuando era recién Nacido? <i>Was the baby very jittery or lethargic as a newborn?</i>	☐	☐	
El bebé tuvo que permanecer días adicionales en el hospital? * cuantos días? _____ <i>Did the baby have to stay extra days in the hospital/NICU? *If yes, how many days?</i>	☐	☐	

Temperamento del Lactante <i>Infant Temperament</i>			
Tuvo su hijo(a) alguno de los siguientes síntomas o condiciones cuando era bebé o niño(a)? <i>As an infant/toddler did your child have any of the following?</i>			
	Si	No	Comentarios <i>Comment</i>
Dificultades para alimentarse <i>Feeding difficulties</i>	☐	☐	
Cólico prolongado o llanto excesivo <i>Prolonged colic or excessive crying</i>	☐	☐	
Irritabilidad extrema <i>Extreme irritability</i>	☐	☐	
El cuerpo laxo o flácido <i>A loose or floppy body</i>	☐	☐	
Movimiento corporal (cuerpo) excesivo; inquieto o muy activo <i>Excessive body movements (wiggly or active)</i>	☐	☐	
Fácilmente sobreestimulado <i>Easily over-stimulated</i>	☐	☐	
Era tímido o retraído <i>Was shy or withdrawn</i>	☐	☐	
Aversión a ser sostenido o abrazado <i>Disliked being held or cuddled</i>	☐	☐	

Historia del Desarrollo <i>Development History</i>		
	Edad Alcanzada <i>Age Accomplished</i>	Muy Joven <i>Too Young</i>
Sentado sin apoyo <i>Sat without support</i>		☐
Caminó sin apoyo <i>Walked without support</i>		☐
Primeras palabras excepto mama/papa <i>Spoke first words except mama/dada</i>		☐
Hablo en oraciones de dos/tres palabras <i>Spoke in two-three word sentences</i>		☐
Baño entrenado durante el día <i>Toilet trained during the day</i>		☐
Seco por la noche <i>Dry at night</i>		☐
Monto un triciclo <i>Rode a tricycle</i>		☐
Capaz de vestirse por sí mismo <i>Able to dress themself</i>		☐
Capaz de atarse los zapatos <i>Able to tie shoes</i>		☐
Leer palabras simples <i>Read simple words</i>		☐
Ha experimentado alguna vez su hijo(a) una regresión en sus habilidades—es decir, la pérdida de habilidades previamente adquiridas? <i>Has your child ever had a regression in skills? Describe</i> ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, describe: 		

Síntomas Médicos Actuales O Pasados <i>Current or Past Medical Symptoms</i>			
Ha tenido alguna vez su hijo(a), o tiene actualmente, alguno de los siguientes problemas médicos? <i>Has your child ever had, or do they currently have, any of the following medical problems?</i>			
	Sí	No	Comentarios <i>Comments</i>
Enfermedad o infección grave <i>Serious illness or infection</i>	☐	☐	
Lesiones graves, quemaduras, fracturas, conmoción cerebral, necesidad de puntos, de sutura, etc? <i>Serious injury, (burns, broken bones, concussion, needed stitches, etc)?</i>	☐	☐	
Crecimiento anormal (demasiado pequeño/demasiado grande)? <i>Abnormal growth (too small/too large)</i>	☐	☐	
Crisis epilépticas, episodios de mirada fija, convulsiones <i>Seizures, staring spells, convulsions</i>	☐	☐	
Dolores de cabeza, frecuentes desmayos, episodios de mareo <i>Frequent headaches/ fainting/ dizzy episodes</i>	☐	☐	
Problemas respiratorios o pulmonares <i>Respiratory or lung problems</i>	☐	☐	
Problemas cardíacos o arritmia <i>Heart problems or arrhythmias</i>	☐	☐	

Vómitos o reflujo de causa desconocida <i>Unexplained vomiting or reflux</i>	☐	☐	
Reacción inusual a las vacunas <i>Unusual reaction to immunizations</i>	☐	☐	
Están las vacunas al día <i>Are immunizations up to date</i>	☐	☐	
Problemas genéticos conocidos <i>Known genetic problems</i>	☐	☐	
Tono bajo o espasticidad; cuerpo rígido o entumecido <i>Low tone or spasticity (rigid/stiff body)</i>	☐	☐	
Marcas de nacimiento o problemas de la piel <i>Birth marks or skin problems</i>	☐	☐	
Problemas dentales o caries <i>Tooth issues or cavities</i>	☐	☐	
Dificultad para evacuar (estreñimiento, diarrea) <i>Difficulties with bowel movements (constipation, diarrhea)</i>	☐	☐	
Incontinencia urinaria diurna (moja los pantalones) <i>Daytime urinary incontinence ('wets' pants)</i>	☐	☐	
Movimientos anormales <i>Abnormal movements</i>	☐	☐	
Problemas de hormona tiroidea <i>Thyroid or hormone problems</i>	☐	☐	
Infecciones de oído frecuentes y/o tubos <i>Frequent ear infections and/or tubes</i>	☐	☐	
Problemas de visión (gafas) <i>Trouble with vision? (eye glasses)</i>	☐	☐	
Otro diagnóstico específico/por favor explique <i>Other specific diagnosis, please explain</i>	☐	☐	

Razon Por La Visita

Reason for Visit

Qué edad tenía su hijo(a) cuando surgió la preocupación? _____

How old was your child when concerns began?

Preocupaciones De Los Padres <i>Parental Concerns</i>
Cuáles son sus 3 principales preocupaciones con respecto a su hijo(a)? <i>What are your top 3 concerns regarding your child?</i>
1.
2.
3.
Cuáles son las 3 principales fortalezas de su hijo(a)? <i>What are your child's top 3 strengths?</i>
1.
2.
3.

Evaluaciones Profesionales Professional Evaluations					
Ha sido su hijo(a) evaluado previamente por alguno de los siguientes proveedores? Por favor, marque todas las opciones que correspondan y proporcione copias del reporte: <i>Has your child previously been evaluated by any of the following providers? (Please check all that apply and provide copies of reports)</i>					
	Evaluaciones Anteriores Previous Evaluations		Nombre del Proveedor Provider Name	Fecha de Evaluación Evaluation Date	Diagnóstico Diagnosis
Pediatra del Desarrollo <i>Developmental Pediatrician</i> (CHOP, LVPG, Geisinger, Hershey, other)	☐ Sí	☐ No			
Neurologo <i>Neurologist</i>	☐ Sí	☐ No			
Psiquiatra <i>Psychiatrist</i>	☐ Sí	☐ No			
Psicólogo <i>Psychologist</i>	☐ Sí	☐ No			
Terapeuta del Habla <i>Speech Therapist</i>	☐ Sí	☐ No			
Terapeuta Ocupacional <i>Occupational Therapist</i>	☐ Sí	☐ No			
Fisioterapeuta <i>Physical Therapist</i>	☐ Sí	☐ No			
Terapeuta Conductual <i>Behavior Therapist</i> (KidsPeace, Pine Brook, Progressions, PA Mentor, Access, etc.)	☐ Sí	☐ No			
Otro Especialista <i>Other Specialists</i> (Gastroenterology, Pulmonology, Vision, ENT, Audiology, Cardiology, Endocrine Orthopedics, Orthotics etc.)	☐ Sí	☐ No			
Consejero de salud Mental <i>Mental Health Counselor</i>	☐ Sí	☐ No			
Genética <i>Genetics</i>	☐ Sí	☐ No			
Otro <i>Other</i> (Black Bird, Easter Seals, Meliora, Glenn Koch)	☐ Sí	☐ No			

Historial de Medicación <i>Medication History</i>					
Está tomando su hijo(a) actualmente, o ha tomado anteriormente, algún suplemento o medicamento para la falta de atención, la ansiedad, el comportamiento, el estado de ánimo o el sueño? <i>Is your child currently taking, or have they previously taken, any supplements or medications for inattention, anxiety, behavior, mood or sleep?</i>				☐ Si*	☐ No
*En caso afirmativo, por favor lista todos los medicamentos y suplementos que su hijo(a) este tomando actualmente o haya probado <i>*If yes, please list all medications and supplements your child is currently taking or has tried</i>					
Nombre del Medicamento Name of Medication	Motivo Por Tomarlo Reason for taking	Dosis Dosage	Frecuencia Frequency	Periodo Tomado Period taken	Prescrito Por Quién Prescribed by whom?
Busca asesoramiento sobre medicación? ☐ Si ☐ No <i>Are you seeking consultation for medication?</i>					

Historial Médico <i>Medical History</i>			
Se le han realizado a su hijo(a) pruebas médicas previas, incluyendo—entre otras—EEG, MRI, CT scan, EKG, o pruebas genéticas o metabólicas, etc? ☐ Yes ☐ No <i>Has your child had any previous medical testing completed including, but not limited to, EEG, MRI, CT scan, EKG, genetic or metabolic testing, etc?</i>			
Año Year	Tipo de Prueba Type of Testing	Donde Se Hizo? Where was it done?	Resultados Results
<u>Pruebas de Plomo Lead Testing</u> Algun historial de niveles elevados de plomo? <i>Any history of elevated lead level?</i> ☐ Si ☐ No En caso afirmativo nivel máximo _____ Fecha: _____ <i>(If yes, peak level and date)</i>			
<u>Pruebas de Audición Hearing Testing</u> Superó la prueba de detección auditiva para recién nacidos? <i>Passed newborn hearing screen?</i> ☐ Si ☐ No Ha superado su hijo(a) las pruebas de audición realizadas por el médico o en la escuela? ☐ Si ☐ No <i>Has your child passed hearing screens through doctor or school?</i> Se han realizado alguna vez pruebas auditivas formales en un centro de Audiología y logopedia o con un Otorrinolaringólogo? En caso afirmativo, fecha de realización: _____ <i>Has formal hearing testing ever been done at speech/hearing center or ENT? If yes, date done</i>			

Historial de Hospitalización/Quirúrgicos Hospitalizations/Surgical History		
Ha tenido su hijo(a) alguna hospitalización o cirugía previa? ☐ Si ☐ No *Si es así, describa a continuación <i>Has your child had any previous hospitalizations or surgeries?</i>		
Fecha Date	Razón Reason	Ubicación Location

Historial de Sueño y Tiempo Frente a la Pantalla Sleep History and Screen Time			
	Si	No	Comentarios Comments
Dónde duerme su hijo(a)? <i>Where does your child sleep?</i>			
Tiene su hijo(a) problemas para conciliar el sueño? <i>Does your child have trouble falling asleep?</i>	☐	☐	
Tiene su hijo(a) problemas para mantener el sueño? <i>Does your child have trouble staying asleep?</i>	☐	☐	
Tiene su hijo(a) terrores nocturnos o sonambulismo? <i>Does your child have any night terrors or sleep walking?</i>	☐	☐	
Su hijo(a) ronca? <i>Does your child snore?</i>	☐	☐	
Hay televisión en el dormitorio? Y (o) su hijo(a) pasa tiempo frente a una pantalla en las 2 horas antes de dormir? <i>Is there a TV in the bedroom and/or does your child have screentime within two hours of sleep</i>	☐	☐	
Cuántas horas al día utiliza su hijo(a) dispositivos electrónicos con pantalla? (teléfono móvil, televisión, tableta computadora, video juegos, etc) <i>How many hours per day does your child use electronic devices with screens (cellphone, tv, tablet, computer, video games, etc)</i>			

Nutricion/Dieta Nutrition/Diet			
	Si	No	Comentarios Comments
Tiene su hijo(a) historial o dificultades actuales para alimentarse o comer? <i>Does your child have a history of or current feeding/eating difficulties?</i>	☐	☐	
Come su hijo(a) de todos los grupos de alimentos? <i>Does your child eat from all food groups (meat/protein, dairy, complex carbohydrates, fruits, vegetables)?</i>	☐	☐	
Tiene su hijo(a) alguna modificación dietética especial? <i>Does your child have any special dietary modifications?</i>	☐	☐	
Toma su hijo(a) alguna vitamina o suplemento? <i>Does your child take any vitamins or supplements?</i>	☐	☐	
Por Favor, indique los tipos de alimentos que su hijo(a) consume actualmente: <i>Please indicate the types of foods that your child currently consumes (select all that apply):</i> ☐ Alimentado con biberón/Bottle fed ☐ Alimentos blandos/Soft Foods ☐ Alimentos crujientes o con textura/Crunchy or textured foods ☐ Alimentos en puré/ Pureed Foods ☐ Alimentos de mesa o sólidos/ Table food, solids			

Rabietas y Manejo de la Conducta Tantrums and Behavior Management			
	Si	No	Comentarios/Comments
Tiene su hijo(a) mal comportamiento frecuentes (arrebatos emocionales que van desde gritos hasta agresiones)? <i>Does your child have frequent tantrums (e.g., emotional outbursts that range from yelling to aggression)</i>	☐	☐	
Cuántas rabietas al día? <i>How many tantrums per day?</i> _____ Por Semana? <i>Per week?</i> _____			
Cuánto duran las rabietas en promedio? <i>How long do tantrums last on average?</i> _____ Minutos/Mins Cuánto duran las rabietas en su punto más intenso? <i>How long do tantrums last at their worst?</i> _____ Minutos/Mins			
Desencadenantes comunes <i>Common triggers:</i>			
Qué ayuda a su hijo(a) calmarse? <i>What helps your child to calm?</i>			
Has probado alguna de las siguientes opciones? <i>Have you tried any of the following?:</i> ☐ Tiempo de descanso/Time Out ☐ Ignorando/Ignoring ☐ Redirecciones/Redirection ☐ Ganarse Privilegios/Earning Privileges ☐ Retirar Privilegios/Taking away privileges ☐ Gritando/Yelling ☐ Azotar/Spanking ☐ Asignando mas tareas/ Giving more chores			

La Seguridad			
Safety			
	Si	No	Por Favor Explique
Su hijo(a) coloca objetos no alimenticios en la boca? <i>Does your child place non-food items in mouth?</i>	☐	☐	
Su hijo(a) tiende a deambular o a escaparse? <i>Does your child wander/elope?</i>	☐	☐	
Esta el hogar a prueba de niños? <i>Is the home child-proofed?</i>	☐	☐	
Alguien fuma o usa cigarillos electronicos en el hogar, incluyendo el sotano o en el automovil? <i>Does anyone smoke or use e-cigarettes in the home, including basement, or car?</i>	☐	☐	
Hay armas de fuego en el hogar? <i>Guns in the home?</i>	☐	☐	
Están las armas guardadas en un lugar bajo llave? <i>Are the guns stored in a locked place?</i>	☐	☐	
Están guardadas las balas separado de las armas? <i>Are bullets stored separately from guns?</i>	☐	☐	
Está su hijo(a) expuesto a gritos o violencia física en el hogar? <i>Is your child exposed to yelling or physical violence in the home?</i>	☐	☐	
Alguna vez ha sufrido su hijo(a) algún tipo de abusos: fisicos, emocionales, o sexuales? <i>Has your child ever experienced abuse: emotional, physical, and/or sexual?</i>	☐	☐	

Le Preocupa alguno de los siguiente? (Marque todas las opciones que correspondan):	
<i>Are you concerned about any of the following? (Check all that apply):</i>	
Retraso en el habla (ex: emitir sonidos, balbucear, entender palabras, decir palabras) <i>Speech delay (ex: make sounds, babble, understand words, say words)</i>	☐
Retraso en la motricidad fina (ex: agarrar, o sostener objetos con la mano) <i>Fine motor delay (ex: grab or hold items in hands)</i>	☐
Retraso en la motricidad gruesa (ex: rodar, sentarse, gatear, caminar) <i>Gross motor delay (ex: roll, sit, crawl, walk)</i>	☐
Dificultades sociales (ex: sonreír jugar, señalar, gestos) <i>Social difficulties (ex: smile, play, point, gestures)</i>	☐
Mal humor e irritabilidad, niño ansioso <i>Moodiness or irritability, anxious child</i>	☐
Factores estresantes situacionales (ex: cambios familiares, descuido, abuso) <i>Situational stressors (ex: family changes, neglect, abuse)</i>	☐
Dificultades para dormir <i>Sleep difficulties</i>	☐
Desafíos conductuales (agresividad, hiperactividad) <i>Behavioral challenges (aggression, hyperactive)</i>	☐
Movimientos anormales <i>Abnormal movements</i>	☐
Dificultad para alimentarse <i>Feeding difficulty</i>	☐

Información Sobre la Guardería <i>Day Care Information</i>		
Su hijo(a) asiste a una guardería? <i>Does your child attend a daycare center?</i> ☐ Si ☐ No		
Nombre de la guardería actual <i>Name of Current Day Care</i>		
Dirección:		
Número de Contacto:	Teléfono:	Fax:
Nombre de Maestras: <i>Teacher Name(s):</i>		
Alguna vez su hijo(a) ha sido expulsado o suspendido? ☐ Si ☐ No <i>Has your child ever been expelled or suspended?</i>		
En caso afirmativo, por favor describa las circunstancias: <i>If yes, please describe the circumstances:</i>		
Su hijo(a) recibe cuidados en casa por alguien que no sea sus padres o tutores? ☐ Si, en su casa ☐ Si, en casa de la niñera ☐ No <i>Does your child receive care in a home setting (other than by a parent/guardian)? (yes in your home, yes in babysitter's home, no)</i>		

Intervención Temprana <i>Early Intervention</i>	
Ha sido evaluado su hijo(a) por Intervención Temprana? <i>Has your child been evaluated by Early Intervention?</i>	☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, edad en el momento de la evaluación: _____ <i>(If yes, age at evaluation)</i>	
En caso afirmativo, necesitaremos una copia del reporte y del IFSP <i>If yes, we will require a copy of the Evaluation Report and IFSP</i>	

Su hijo(a) recibe actualmente alguno de los siguientes servicios de apoyo? Por Favor, marque todas las opciones que correspondan: <i>Does your child currently receive any of the following support services? Please check all that apply</i>			
☐	Manejo de casos <i>Case management</i>	☐	Instrucciones especiales (SEIT) <i>Special Instruction (SEIT)</i>
☐	Logopedia (o) terapia del habla <i>Speech therapy</i>	☐	Inicio de temprana edad <i>Early Head Start</i>
☐	Terapia ocupacional <i>Occupational Therapy</i>	☐	Servicios para niños y jóvenes (CYS) <i>Children and Youth (CYS)</i>
☐	Fisioterapia (o) terapia física <i>Physical Therapy</i>	☐	Servicios para sordos (a) <i>Services for the Deaf</i>
☐	Servicios para ciegos (a) <i>Services for the Blind</i>	☐	Otro: <i>Other:</i>