

Comprehensive Parent Staff Conference Form/Forma Comprensiva de Conferencia de Padre y Personal

Child's Name/Nombre del Niño _____ Classroom/Salón de Clase _____

1st Conference Date/1^{ra} Conferencia, Fecha _____ 2nd Conference Date/2^{da} Conferencia, Fecha _____

Education/Educación:

Infant/Preschool Screen/Examen Preescolar/Infante Type and Date/Tipo y Fecha		Child Assessment/ Evaluación del Niño Type and Date/Tipo y Fecha
Initial/Inicial:		Initial/Inicial:
Classroom Attendance/ Asistencia en el Salón de Clase		
Initial Total/Possible: Inicial Total/Posible:	Updated Total/Possible: Actualizar el Total/Posible:	Updated/Actualización
Attendance Concerns/Preocupación de Asistencia	Attendance Concerns/Preocupaciones de Asistencia	

Child's Strengths/Fuerzas del Niño:

Initial/Inicial: _____ Updated/Actualización: _____

Things to learn at home and school/Cosa para aprender en el hogar y en la escuela:

Initial/Inicial: _____ Updated/Actualización: _____

Transition Plan (to HS/Kindergarten)/Plan de transición (a HS/Kindergarten)

Initial/Inicial: _____ Updated/Actualización: _____

Internal Referral/ Referencia Interna: Area of Concern/Date: Area de Preocupación/Fecha:	IFSP/Guidance Plan IFSP/Plan de Guía:
Developmental/Social-Emotional Considerations/Consideraciones de Desarrollo y Social-Emocional:	
External Referral/Referencia Externa:	

Family Development/Desarrollo de la Familia:

Assessment Date/Fecha de Evaluación: _____ Family Goal Area/Área de Meta Familiar: _____

FPP Follow up/FPP Continuación: _____

Current Needs/Necesidades al Corriente: _____

Health/Salud:

Health Requirements reviewed/Se han Revisado los Requerimientos de Salud: Yes/Si No

Insurance Status reviewed/Se ha Revisado el Estatus de Aseguranza:

Initial/Inicial: Yes/Si No Updated/Actualización: Yes/Si No

Well child, Dental exam & Nutrition Assessment completed within 90 days/¿ Los Exámenes de Salud, Dental y Nutrición se completaron dentro de 90 días?

WCE in Current: Initial/Inicial: Yes/Si No If no: Plan in Place? Yes/Si No

Update Yes/Si No If no: Plan in Place? Yes/Si No

Dental in Current: Initial/Inicial: Yes/Si No If no: Plan in Place? Yes/Si No

Update Yes/Si No If no: Plan in Place? Yes/Si No

NA in Current: Initial/Inicial: Yes/Si No If no: Plan in Place? Yes/Si No

Update Yes/Si No If no: Plan in Place? Yes/Si No

Parent Signature/La Firma de Padre _____ Update/ Actualización _____

Reviewed/Updated 5/22/17