

Early Head Start

### Resumen de la Visita Domiciliaria

Fecha:	Nombre de Niño/a:	Nombre de Padre(s):	Edad de Niño/a:	
<p><b>Objetivo GOLD con la evaluación HELP Strands</b></p> <p><input type="checkbox"/> Socio-Emocional (1-3)</p> <p><input type="checkbox"/> Físico (4-7)</p> <p><input type="checkbox"/> Idioma (8-10)</p> <p><input type="checkbox"/> Cognitivo (11-14)</p> <p><input type="checkbox"/> Alfabetismo (15-19)</p> <p><input type="checkbox"/> Matemáticas (20-23)</p> <p><input type="checkbox"/> Ciencia y tecnología (24-28)</p> <p><input type="checkbox"/> Estudios Sociales (29-32)</p> <p><input type="checkbox"/> Los Artes (33-36)</p> <p><input type="checkbox"/> Adquisición del idioma inglés(37-38)</p> <p><b>Notas Anecdóticas o información del informe de los padres:</b></p>	<p><b>Referencias/Chequeo/Información/Recursos/Comentarios y necesidades de padres:</b></p>			
	<p><b>Actividades y Observaciones de Desarrollo:</b></p>			
	<p><b>Fuerzas/Resumen: ¿Que fue bien hoy? ¿Que descubrimos o aprendimos?</b></p>			
	Firma de Padre:	Firma de FA :	Personal Adicional:	Siguiente: