



## DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

### ENTREVISTA INICIAL DE ATENCIÓN TEMPRANA A LA DISCAPACIDAD

Fecha: \_\_\_\_\_

Folio de Credencial Nacional No. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres: \_\_\_\_\_

Celular mamá: \_\_\_\_\_ Celular papá: \_\_\_\_\_

#### ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Discapacidad: \_\_\_\_\_

Nacimiento

Enfermedad

Accidente

¿Cuenta con servicio médico?: Si  No  ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Qué información tiene usted de esta discapacidad? \_\_\_\_\_

¿Cómo ha tomado la familia esta situación? \_\_\_\_\_

#### ATENCIÓN MÉDICA, PSICOLÓGICA, REHABILITACIÓN, EDUCATIVA

Recibe atención Médica o de Rehabilitación: Si  No  ¿Dónde?: \_\_\_\_\_

Si no lo ha llevado ¿por qué motivo?: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de terapia o servicios recibe la niña o niño?: \_\_\_\_\_

¿Qué avances ha tenido con la terapia?: \_\_\_\_\_

¿Asiste a la escuela?: Si  No  Nombre de la institución educativa: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del entrevistado

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien entrevistó

**Nota:** Este formato se aplicará únicamente al solicitante de nuevo ingreso.