



Infant & Toddler Connection of Fairfax-Falls Church

3750 Old Lee Highway, Fairfax, Virginia 22030-1806 * 703-246-7121 * TTY 703-324-4495 *
 Fax 703-653-1385 * www.fairfaxcounty.gov/csb/itc

Dear Daycare Provider/Teacher,

The Infant & Toddler Connection of Virginia provides early intervention services to infants and toddlers from birth up to 3 years of age who are not developing as expected or who have a medical condition that can delay normal development. Early intervention services primarily include speech therapy, physical therapy, occupational therapy, and/or developmental services. Early intervention services take place where all children typically spend their days and involve parents and caregivers who regularly interact with the child. This can be at home, childcare, restaurants, parks, or even the mall.

Early intervention services focus on helping parents and caregivers learn how to use every day routines to encourage the child's skill development and participation in family, childcare and community activities. Early interventionists, families and caregivers work collaboratively to problem solve, develop and carry through with activities that support the child's development. The goal of Early Intervention is not only to improve the child's skills and ability to participate in their daily routines, but also help parents, caregivers and teachers in developing skills and strategies to support the child's ongoing development.

You have been given this questionnaire because (child's name) _____ has been referred to the Infant & Toddler Connection due to concerns related to _____. In order for us to better understand the strengths and concerns related to this child's development we are gathering information from both his/her parents and childcare providers since you are the people who spend the most time with, know this child best and are a part of his/her team. We appreciate you taking the time to fill out the information requested below.

1. Does this child perform the following skills similar to same aged children?

SLEEPING	EATING	PLAYING	SOCIAL INTERACTIONS
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> Sometimes	<input type="checkbox"/> Sometimes	<input type="checkbox"/> Sometimes	<input type="checkbox"/> Sometimes
<input type="checkbox"/> Not Yet	<input type="checkbox"/> Not Yet	<input type="checkbox"/> Not Yet	<input type="checkbox"/> Not Yet
<input type="checkbox"/> Concerned	<input type="checkbox"/> Concerned	<input type="checkbox"/> Concerned	<input type="checkbox"/> Concerned

Comments:

2. How does this child get along with and play with other children/adults?
3. What do you think this child does well?
4. What concerns do you have about this child's development?
5. What other comments would you like to share regarding this child's development or behavior?

Thank you so much for your response. Please return this form to his/her parent(s) when you have completed it.

Person filling out the form _____ Date _____

Service Coordinator _____ Phone _____



Infant & Toddler Connection of Fairfax-Falls Church

3750 Old Lee Highway, Fairfax, Virginia 22030-1806 * 703-246-7121 * TTY 703-324-4495 *
 Fax 703-653-1385 * www.fairfaxcounty.gov/csb/itc

Estimado Maestro,

El Programa de Intervención Temprana ofrece servicios a niños entre 0 y 3 años de edad con retrasos en el desarrollo o que tengan alguna condición médica que pueda causar retrasos en el futuro. Los servicios de intervención temprana incluyen, terapia del lenguaje, terapia física, terapia ocupacional y educación especial. Estos servicios se ofrecen en los lugares donde el niño pasa su día, como por ejemplo, la casa, la guardería infantil, restaurantes, el centro comercial, entre otros.

Los servicios de intervención temprana están enfocados en ayudar a los padres y a personas que cuidan a los niños a aprender cómo usar las rutinas de la vida diaria para estimular el desarrollo del niño y la participación familiar. Los terapeutas, las familias, y los maestros trabajan en colaboración para solucionar problemas y desarrollar actividades que ayudan a mejorar el desarrollo del niño. El objetivo de intervención temprana no es solo mejorar las destrezas del niño y sus habilidades para participar en las rutinas diarias sino también en apoyar a los padres y maestros a estimular el desarrollo de sus hijos.

Usted ha recibido este cuestionario porque (nombre del niño) _____ ha sido referido al Programa de Intervención Temprana del Condado de Fairfax debido a preocupaciones en el área de _____. Con el propósito de saber más acerca de las habilidades del niño y las preocupaciones referentes a su desarrollo, estamos recopilando información de los padres y maestros ya que ustedes son las personas quienes lo conocen bien, con las que disfruta el día y quienes son parte del equipo de intervención temprana. Agradecemos de antemano su colaboración contestando estas preguntas.

1. Este niño hace las siguientes actividades como otros niños de su edad?

DORMIR	COMER	JUGAR	RELACION CON OTRAS PERSONAS
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Algunas veces
<input type="checkbox"/> Todavía No	<input type="checkbox"/> Todavía No	<input type="checkbox"/> Todavía No	<input type="checkbox"/> Todavía No
<input type="checkbox"/> Hay preocupación	<input type="checkbox"/> Hay preocupación	<input type="checkbox"/> Hay preocupación	<input type="checkbox"/> Hay preocupación

Comentarios:

2. Como se relaciona/juega el niño con otros niños y adultos?

3. Por favor describa lo que usted cree que este niño hace bien?

4. Usted tiene alguna preocupación con el desarrollo de este niño? Si es si, por favor describa sus preocupaciones.

5. Usted tiene algún otro comentario que quisiera compartir relacionado con el comportamiento y el desarrollo de este niño ?

Muchas gracias por sus respuestas. Por favor devuelva este formulario a los padres cuando lo haya completado.

Persona completando el formulario _____ Fecha _____

Coordinadora de Servicios _____ Teléfono _____