

**GUÍA DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL
ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

ESTABLECIMIENTO:.....

EQUIPO EVALUADOR:

.....

.....

.....

FECHA DE EVALUACION:

I) POBLACIÓN:

- **DISCAPACIDAD**

TIPO	GRADO

- **EDADES**

DESDE HASTA

- **REQUISITOS DE INGRESO**

.....
.....
.....

- **REQUISITOS DE EGRESO**

.....
.....
.....

II) RECURSOS HUMANOS

GRUPO PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	N° PROF	PUNTOS

Se debe consignar el número de horas semanales por profesión, independientemente del número de profesionales

III. ACTIVIDADES

1. ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN

(Mencionarlas)

2 TOTAL DE HORAS SEMANALES DE ATENCION EN ESTIMULACIÓN POR NIÑO

HASTA 2HS SEMANALES

DE 2HS A 3HS SEMANALES

MAS DE 3HS SEMANALES

3. ACTIVIDADES CON LOS PADRES

3.1 PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN LA ACTIVIDAD DE ESTIMULACIÓN SI NO

3.2 SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LOS PADRES SI NO

4. OTRAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN

(Mencionarlas si se realizan)

5. MATERIALES

	ADECUADOS EN CANTIDAD Y CALIDAD	PARCIALMENTE ADECUADOS EN CANTIDAD Y CALIDAD	INADECUADOS EN CANTIDAD Y CALIDAD
DE EVALUACION			
DE ESTIMULACION			

PUNTOS

IV.PLANIFICACIÓN

	SI	NO
1. PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTEGRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. PROGRAMA DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. REGISTRO EN LEGAJO PERSONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V) INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

(Consignar toda aquella información que considere de interés, que amplíe o contemple la presente guía)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO

PUNTAJE ESTIMULACION TEMPRANA

II) RECURSOS HUMANOS

Médico	_____	15p.
Psicólogo	_____	15p.
Estimulador	_____	15p.
Otros	_____	
1 o más profesionales	_____	10p.

III) ACTIVIDADES

2. más de 3 horas semanales por niño	_____	15p
De 2 a 3 horas semanales	_____	25p
Hasta 2 horas semanales	_____	10p

3.1 Si cumple	_____	15p
3.2 Si cumple	_____	15p

5. Materiales Suficientes

De Evaluación:

Adecuado	_____	3,5 p.
Parcialmente adecuado	_____	1,5 p.
Inadecuado	_____	0 p.

De Estimulación

Adecuado	_____	3,5 p.
Parcialmente adecuado	_____	1,5 p.
Inadecuado	_____	0 p.

IV) PLANIFICACIÓN

1. Si cumple	_____	10p
2. Si cumple	_____	10p
3. Si cumple	_____	10p

PUNTAJE MÁXIMO	147
-----------------------	------------