



FORMULARIO DE VISITA DE DIVULGACIÓN

Nombre de la persona: _____

Fecha: _____

Tutor (según corresponda): _____ Presente: Sí No

En persona Ubicación: _____ Virtual Telefónico

Nombre de la agencia proveedora: _____

Contacto de la agencia: _____ SODC ICF/DD

Teléfono: _____ Ext.: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Dirección de la agencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Nombre de la agencia ISC: _____ Region: _____

Contacto de la agencia: _____

Número de teléfono: _____ Ext.: _____ Correo electrónico: _____

Resumen (asistentes, temas tratados, etc.):

La información sobre la gama de servicios de discapacidad del desarrollo se compartió con el individuo y / o tutor. Sí No

Comentarios:

¿El Individuo y/o Tutor está actualmente interesado en explorar otros servicios fuera de su ICF/DD o SODC actual? Sí No

Seguimiento necesario:

¿El Individuo y/o Tutor está actualmente interesado en explorar otros servicios fuera de su ICF/DD o SODC actual? Sí No

Comentarios:

Firma del Coordinador de Servicios de ISC

Fecha

Nombre impreso del Coordinador de Servicios de ISC