

CPID: _____

1ST FAMILY ADVOCATE VISIT
COMPLETED AT THE CENTER

OVERVIEW

- NEEDS ASSESSMENT
- OUTCOMES ASSESSMENT
- FAMILY GOAL
- PIR QUESTIONS
- RESOURCES
- NEWSLETTER
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

FAMILY ENGAGEMENT
EVENTS

- FAMILY NIGHT
- FATHERHOOD
- _____
- _____
- _____

FOLLOW UP

- GIVE DATE OF WHEN MONTHLY FOLLOW UP WILL BE
- WHEN & WHERE NEXT VISIT WILL BE
- _____
- _____
- _____
- _____

GOAL CHECK IN DATE: _____

PARENT SIGNATURE: _____

DATE: _____

FAMILY ADVOCATE COMPLETING VISIT: _____

DATE COMPLETED: _____

CPID: _____

PRIMERA VISITA DEL DEFENSOR
DE FAMILIA COMPLETADA EN
EL CENTRO

DESCRIPCIÓN GENERAL	EVENTOS DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR	HACER UN SEGUIMIENTO
<input type="checkbox"/> NECESITA VALORACIÓN	<input type="checkbox"/> NOCHE FAMILIAR	<input type="checkbox"/> INDIQUE LA FECHA DE CUÁNDO SERÁ EL SEGUIMIENTO MENSUAL.
<input type="checkbox"/> EVALUACIÓN DE RESULTADOS	<input type="checkbox"/> PATERNIDAD	<input type="checkbox"/> CUÁNDO Y DÓNDE SERÁ LA PRÓXIMA VISITA
<input type="checkbox"/> OBJETIVO FAMILIAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PREGUNTAS PIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RECURSOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BOLETIN INFORMATIVO		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

FECHA DE ENTRADA DEL
OBJETIVO: _____

SEÑALES DE
LOS PADRES: _____

FECHA: _____

NOMBRE DEL DEFENSOR DE FAMILIA: _____

FECHA DE
FINALIZACIÓN: _____