

Nombre del Niño: _____

Fecha del IFSP: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Illa. Evaluación en Equipo

Área de Desarrollo	Resultados de la Evaluación del Desarrollo <i>(Puede incluir el nivel o el grupo de edades)</i>	Métodos o Instrumentos Empleados	Fecha de Evaluación Edad Cronológica Edad Ajustada	Inicial(es) del Evaluador
Cognición <i>(Pensar y aprender)</i>			Fecha: EC: EA:	
Comunicación Expresiva <i>(Sonidos, gestos y habla)</i>			Fecha: EC: EA:	
Comunicación Receptiva <i>(Comprensión de sonidos, palabras y gestos)</i>			Fecha: EC: EA:	
Motricidad Gruesa <i>(Moverse y usar los músculos grandes)</i>			Fecha: EC: EA:	
Motricidad Fina <i>(Uso de las manos y los dedos)</i>			Fecha: EC: EA:	
Social o Emocional <i>(Interacción con los demás)</i>			Fecha: EC: EA:	
Conducta Adaptativa <i>(Comer, vestirse y dormir)</i>			Fecha: EC: EA:	

Vista:

Oído:

Elegibilidad para los Servicios Indicados en la Parte C:

El niño es elegible para recibir los Servicios de la Parte C porque tiene *(marque una o más de las opciones a continuación e indique su nombre o una descripción):*

un retraso del 25% en el desarrollo de una o más de las áreas *(indique cuáles):* _____

comportamiento y / o desarrollo atípico *(describallo):* _____

un estado de salud diagnosticado que probablemente resulte en un retraso del desarrollo *(nómbrela):* _____

Nombre del Niño: _____

Fecha del IFSP: _____ Fecha de Nacimiento: _____

IV. Resultados de la Intervención Temprana

Fecha de revisión: _____

Resultado (Objetivo a Largo Plazo) N° 1: _____ **Fecha de Inicio:** _____ **Fecha de Terminación:** _____

Con el fin de ayudar a conseguir el apoyo y los servicios requeridos por el niño y su familia, el coordinador de servicios o el Administrador de Casos Específicos de Retraso Mental garantizarán:

- que el IFSP atienda las preocupaciones, las prioridades y los recursos de la familia;
- que los servicios sean apropiados y adecuados;
- la satisfacción de la familia en cuanto a los servicios; y
- que se protejan los derechos del consumidor.

Objetivos a Corto Plazo	Fecha del Objetivo	Fecha en que se Cumplió
Ayudar a la familia en el desarrollo y revisión continua del IFSP.	_____	_____
Proporcionar el apoyo identificado por la familia para incluir los recursos para:	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Actividades de Coordinación de Servicios y de Administración de Casos (Intervenciones):

- Mantener un contacto permanente con la familia para el seguimiento del servicio (*comunicarse al menos una vez al mes; reunirse al menos una vez cada 90 días*).
- Llamadas telefónicas o contacto personal con la familia y con las personas o agencias que ofrecen apoyo, asistencia, servicios.
- Relacionar a la familia con los recursos comunitarios apropiados.
- Revisar los servicios al menos una vez cada tres meses.
- Ayudar en la solución de problemas.

Coordinador de Servicios o Administrador de Casos Específicos de Retraso Mental (*Nombre en letra de imprenta, documento de identidad, función u organización, firma, fecha*)

Comentarios sobre el progreso (Grado en el que se cumplen los resultados esperados y las revisiones correspondientes):

Plan de resultados revisado el _____ por _____

Nombre del Niño: _____

Fecha del IFSP: _____ Fecha de Nacimiento: _____

IV. Resultados de la Intervención Temprana

Fecha de Revisión: _____

Resultado (Objetivo Funcional a Largo Plazo) N° _____ **Fecha Programada:** _____ **Fecha cumplida, cambiada o cancelada:** _____

Oportunidades de aprendizaje y actividades que capitalizan los intereses y habilidades del niño y su familia:

Objetivos a Corto Plazo	Fecha Programada	Fecha Cumplida
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Intervenciones (*Procedimientos y / o modalidades de tratamiento*) **NOTA:** Esta sección debería completarse únicamente después de determinar todos los resultados.

Comentarios sobre el progreso (*Grado en el que se cumplen los resultados esperados y las revisiones correspondientes*):

Nombre del Niño: _____

Fecha del IFSP: _____ Fecha de Nacimiento: _____

V. Servicios Necesarios para Lograr los Resultados de Intervención Temprana

El Equipo del IFSP reconoce que se requieren los servicios sociales (servicios de asesoramiento para ayudar a la familia a comprender las necesidades especiales de su hijo).
Sí ___ No ___

SERVICIO	NOMBRE DE LA AGENCIA, DIRECCIÓN, TELÉFONO	FRECUENCIA, INTENSIDAD, MÉTODOS <small>(N° x/Sem; N° min/visita; grupo o individual)</small>	ENTORNO NORMAL O LUGAR* <small>(Debe realizarse en un entorno normal a menos que se justifique lo contrario)</small>	PAGO <small>(Familia, Seguro, Medicaid, Parte C, otro...)</small>	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN PROYECTADA	FECHA DE TERMINACIÓN REAL
Coordinación de Servicios							

*Justificación de la imposibilidad de lograr resultados satisfactorios de la intervención temprana en un entorno normal:

Planificación del Alta: Se discontinuarán los servicios de Intervención Temprana cuando el equipo del IFSP determine que ya no son necesarios para lograr los resultados. *(Para mayor información, ver página 7).*

VII. Otros Servicios *(Se requieren los servicios, pero no se tiene derecho bajo las disposiciones de la Parte C – incluyendo los servicios médicos, como controles, seguimiento por especialistas con fines médicos, etc.).*

SERVICIO	PRESTADOR	LUGAR	FUENTES DE FINANCIACIÓN O MEDIDAS A TOMAR PARA GARANTIZAR LOS SERVICIOS

Nombre del Niño: _____

Fecha del IFSP: _____ Fecha de Nacimiento: _____

VI. Planeamiento de la Transición

PLANES Y ACTIVIDADES PARA LA TRANSICIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
<input type="checkbox"/> 1. Describa lo que significa la “transición” de intervención temprana y lo que se puede hacer para planificar la transición.			
<input type="checkbox"/> 2. Describa las pautas de edad y elegibilidad para la intervención temprana para entender cuándo pueden cesar estos servicios para nuestro hijo.			
<input type="checkbox"/> 3. El nombre, la dirección, el teléfono y la fecha de nacimiento de nuestro hijo se enviarán a la división de colegios _____ a menos que estemos antes del _____ en desacuerdo.	No deseo transmitir esta información. Iniciales de uno de los padres/ fecha		
<input type="checkbox"/> 4. Ayúdenos a buscar servicios de educación preescolar especial también otras opciones de programas comunitarios para nuestro hijo, incluyendo: su elegibilidad para el programa, la última fecha en que se puede hacer una consulta en el programa para asegurar la continuidad de los servicios, y con quién podemos hablar para mayor información. (Última fecha: _____)			
<input type="checkbox"/> 5. Ayude a nuestro hijo a adquirir las nuevas habilidades necesarias para adaptarse mejor al nuevo lugar (ver Resultado(s) N° _____).			
<input type="checkbox"/> 6. Con nuestro permiso, suministre información específica al futuro programa o prestador de servicios (<i>por Ej.: informes de evaluación, IFSP, etc.</i>)			
<input type="checkbox"/> 7. Programe una reunión con nuestra familia, con el coordinador de servicios y con alguien del nuevo programa para planificar cómo vamos a hacer la transición.			
<input type="checkbox"/> 8. Ayude a nuestro hijo y a la familia a prepararse para los cambios en los servicios para poder pasar de un programa al otro sin altibajos (<i>por Ej.: reunirnos con el nuevo profesor, visitar un salón de clase, hablar por teléfono a un programa de la zona a la que nos vamos a mudar</i>).			
Medidas Adicionales			

Nombre del Niño: _____

Fecha del IFSP: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Página 8 _____

VII. ACUERDO DE IFSP

Pago

- La coordinación de servicios, las evaluaciones y el desarrollo de este plan serán suministrados gratuitamente y no se cobrarán a ningún seguro particular.
- Los servicios médicos adicionales necesarios se cargarán a mi póliza de seguro de salud, según corresponda, si doy mi consentimiento.
- Soy responsable de efectuar los copagos, pagar los deducibles, etc. y los servicios que no están cubiertos. Si no puedo cubrir el costo de los servicios, los honorarios podrán reducirse de acuerdo con el sistema de honorarios que evalúa nuestra capacidad financiera.
- Se puede hacer uso de los fondos públicos en virtud de la *Parte C de la Ley para la Educación de Personas con Discapacidades* sólo después de agotar todas las otras fuentes de financiación.

Consentimiento de los Padres para la Prestación de los Servicios de Intervención Temprana:

He recibido una copia de los derechos de la familia en virtud de la Parte C de IDEA (*Aviso de los Derechos del Niño y la Familia contenido en la Parte C del Sistema de Intervención Temprana de Infant & Toddler Connection of Virginia*) y una copia de "Las Verdades Acerca de los Honorarios para Familias" (para el IFSP anual) junto con este IFSP. Me explicaron y he comprendido estos derechos y la información acerca de los honorarios para familias. Participé en el desarrollo de este IFSP y doy mi consentimiento con pleno conocimiento de las circunstancias para que el sistema de Infant & Toddler Connection of Virginia y los prestadores de servicios realicen la(s) actividad(es) indicada(s) en este IFSP.

Dar mi consentimiento significa: que me han dado toda la información acerca de la(s) actividad(es) para la(s) cual(es) se solicita el consentimiento, en mi idioma nativo (a menos que no sea factible hacerlo) u por otra forma de comunicación; que entiendo y acepto por escrito que se lleve(n) a cabo la(s) actividad(es) para la(s) cual(es) se solicita el consentimiento; el consentimiento describe esa(s) actividad(es); y he prestado mi consentimiento de manera voluntaria y lo puedo revocar por escrito en cualquier momento.

Entiendo que puedo rechazar cualquier servicio sin poner en peligro los demás servicios de intervención temprana que recibe mi hijo o mi familia por medio del sistema de Infant & Toddler Connection of Virginia.

Entiendo que mi IFSP será compartido por el sistema de Infant & Toddler Connection of Virginia y los prestadores de servicios que implementen este IFS.

____ Firma(s) de (*indique cuál*): Padre o Madre Tutor Legal Padre o Madre Sustituto/a _____ Fecha _____

Otros Participantes del IFSP (*Nombre en letra de imprenta, documento de identidad, función u organización, firma, fecha*):

Las siguientes personas participaron en forma electrónica o por escrito (indique quiénes):

Traductor o Intérprete (*si hubo alguno*): _____

Se anexan los siguientes documentos relacionados:

Con copias a: _____

Nombre del Niño: _____

Fecha del IFSP: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Página 9 _____

VIII. Expediente de Revisión del IFSP

Revisión del IFSP

Propósito de la Revisión: Revisión de A Pedido de: _____ Fecha de Revisión: _____
los 6 meses

Resumen (Incluir motivos de los cambios que resulten de esta revisión) : _____

Cambio(s): _____

Fecha de Entrada en Vigencia del Cambio: _____

Consentimiento de los Padres

He recibido una copia de los derechos de la familia en virtud de la Parte C de IDEA (*Aviso de los Derechos del Niño y la Familia contenido en la Parte C del Sistema de Intervención Temprana de Infant & Toddler Connection of Virginia*) junto con este IFSP. Me explicaron y he comprendido estos derechos. Participé en el desarrollo de esta revisión del IFSP y doy mi consentimiento con pleno conocimiento de las circunstancias para que el sistema de Infant & Toddler Connection of Virginia y los prestadores de servicios realicen los cambios indicados en este expediente de revisión del IFSP.

Dar mi consentimiento significa: que me han dado toda la información acerca de la(s) actividad(es) para la(s) cual(es) se solicita el consentimiento, en mi idioma nativo (a menos no sea factible hacerlo) u en otra forma de comunicación; que comprendo y acepto por escrito que se lleve(n) a cabo la(s) actividad(es) para la(s) cual(es) se solicita el consentimiento; y he prestado mi consentimiento de manera voluntaria y lo puedo revocar por escrito en cualquier momento.

Entiendo que puedo rechazar cualquier servicio sin poner en peligro los demás servicios de intervención temprana que recibe mi hijo o mi familia por medio del sistema de Infant & Toddler Connection of Virginia.

Entiendo que mi IFSP será compartido por el sistema de Infant & Toddler Connection of Virginia y los prestadores de servicios que implementan este IFS.

Firma(s) de (indique cuál): Padre o Madre Tutor Legal Padre o Madre Sustituto/a _____ Fecha

Otros participantes del IFSP (Nombre en letra de imprenta, documento de identidad, función u organización, firma, fecha): _____

Las siguientes personas participaron en forma electrónica o por escrito (indique quiénes): _____

Únicamente a los fines del seguro:

Certifico y apruebo que este niño necesita, desde el punto de vista médico, recibir los servicios arriba indicados.

Dr.

Firma del médico

fecha