



# Infant & Toddler Connection of Virginia

(Conexión del Estado de Virginia para Bebés)

---

PARA: Familia

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, ZIP

REF: Nombre del Niño(a)

\_\_\_\_\_  
Número de Documento (ID)

---

## Confirmación de Reunión para la Evaluación, Valoración y Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP) ITCV-PS-4(R) 12/02(1)

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado(a) (Estimados): \_\_\_\_\_

Como usted(es) ya sabe(n), la evaluación y valoración de su hijo(a) ha sido programada para:

Fecha	Hora	Lugar
Esta cita tendrá una duración aproximada de _____ (minutos u horas). La reunión del equipo para la evaluación y valoración y para la elaboración del Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP) ha sido programada a conveniencia de su familia y, de ser necesario, puede ser reprogramada.		

El propósito de la evaluación y valoración es determinar la elegibilidad de su hijo (a) o para determinar si su hijo(a) continúa siendo elegible para los servicios de Intervención Temprana, Parte C del programa de la Conexión de Virginia para Bebés y Niños de Primera Edad (Infant & Toddler Connection of Virginia). También aprenderemos más acerca de las fortalezas y las áreas de interés de su hijo(a). También quisiera recordarle(s) que la evaluación y la valoración no pueden llevarse a cabo sin su pleno conocimiento y sin su autorización dada por escrito, tal como se describe en la Notificación sobre las Medidas de Seguridad para Niños y Familias en el Sistema de Intervención Temprana, Parte C de la Conexión de Virginia para Bebés y Niños de Primera Edad (Infant & Toddler Connection of Virginia), la cual le(s) ha sido entregada previamente .

Durante la reunión estaremos explorando las siguientes áreas del desarrollo de su hijo(a): conocimiento , físico (incluyendo diagnósticos acerca de motricidad gruesa y fina; visión y audición), comunicación (recepción y expresión), socio-emocional y adaptación (autoayuda).

Las siguientes personas estarán presentes en la evaluación y valoración o estarán proporcionando información:

Nombres (Persona o Agencia Provedora)

Profesión o Área de Especialidad

Si usted(es) quiere(n) invitar a alguna otra persona, por favor, siéntase (siéntanse) en libertad de hacerlo. Queremos estar seguros que su hijo(a) hace su mejor esfuerzo y que usted(es) participe(n) en la evaluación y valoración tanto como lo desee(n). Nadie conoce mejor a su hijo(a) que usted(es); usted(es) puede(n) aportar información importante acerca de su hijo(a) en la evaluación y valoración. Tal vez quiere(an) hacer una lista de las cosas que su hijo(as) hace en casa que tengan relación con su conversación, juegos con juguetes y personas, alimentación y movimiento. Siéntase libre(s) de compartir esta información con los miembros del equipo de evaluación y valoración.

**Si** se concluye que su hijo(a) es elegible, la Conexión de Virginia para Bebés y Niños de Primera Edad (Infant & Toddler Connection of Virginia), puede haber, inmediatamente después de la evaluación y valoración, una reunión para la elaboración del Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP). Como ya hemos conversado, el propósito de la reunión para el IFSP es discutir, como equipo, toda la información que haya sido recopilada, incluyendo los resultados de la evaluación y valoración, y para desarrollar el plan familiar (IFSP) que incluya resultados, estrategias, servicios y apoyos que sean apropiados para su hijo(a) y su familia.

Las personas que proveerán la información son los miembros del equipo de evaluación y valoración arriba mencionados. Usted(es) puede(n) invitar a cualquier persona que desee(n) que participe en la reunión del IFSP.

Si su hijo(a) **no** fuera elegible para los servicios de Intervención Temprana, no se desarrollará el IFSP. Si usted(es) lo desea(n), el equipo de evaluación y valoración hablará con usted(es) sobre otros servicios y ayudas posibles en la comunidad para su hijo(a) y su familia.

Por favor comuníquese(comuníquense) al número telefónico mencionado arriba si usted(es) tiene(n) alguna pregunta acerca de la evaluación y valoración o de la reunión de IFSP. ¡Esperamos verlo(a) (verlos)!

\_\_\_\_\_  
Nombre(s)/Cargo(s)

cc: Miembros del Equipo IFSP (listados anteriormente)

Atención: *Los padres deben recibir una copia de este formulario.*

Enviado  Entregado en mano

DMH 888E 1049 R 12/02(1)