









Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
 Fecha de IFSP: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Infant & Toddler  
 Connection of Virginia



Área de desarrollo	Declaración del nivel actual de desarrollo del niño (Debe incluir los niveles o rangos de edad)	Métodos/Instrumentos usados	Fecha de evaluación Edad cronológica Edad ajustada	Iniciales del evaluador(es)
<b>Cognición</b> (Pensamiento y aprendizaje)		_____ <input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Informe del padre o madre	Fecha: _____ CA: _____ AA: _____	
<b>Comunicación expresiva</b> (Hacer sonidos, gestos y hablar)		_____ <input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Informe del padre o madre	Fecha: _____ CA: _____ AA: _____	
<b>Comunicación receptiva</b> (Comprender sonidos, palabras y gestos)		_____ <input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Informe del padre o madre	Fecha: _____ CA: _____ AA: _____	
<b>Motricidad gruesa</b> (Mover y usar músculos grandes)		_____ <input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Informe del padre o madre	Fecha: _____ CA: _____ AA: _____	
<b>Motricidad fina</b> (Usar las manos y los dedos)		_____ <input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Informe del padre o madre	Fecha: _____ CA: _____ AA: _____	
<b>Social/Emocional</b> (Interactuar con otras personas)		_____ <input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Informe del padre o madre	Fecha: _____ CA: _____ AA: _____	
<b>Conducta de adaptación</b> (Alimentar/comer, vestirse y dormir)		_____ <input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Informe del padre o madre	Fecha: _____ CA: _____ AA: _____	
<b>Vista</b>	<u>Resultados:</u> <input type="checkbox"/> No hay necesidad de hacer la referencia indicada <input type="checkbox"/> Supervisión <input type="checkbox"/> Referencia <u>Estado</u> (información específica de los ojos cuando sea posible):	<input type="checkbox"/> Herramienta de revisión de la vista del Apartado C de Virginia (necesario al inicio) Métodos adicionales usados:	Fecha: _____ CA: _____ AA: _____	
<b>Oído</b>	<u>Resultados:</u> <input type="checkbox"/> No hay necesidad de hacer la referencia indicada <input type="checkbox"/> Supervisión <input type="checkbox"/> Referencia <u>Estado</u> (información específica de los oídos cuando sea posible):	<input type="checkbox"/> Herramienta de revisión auditiva del Apartado C de Virginia (necesario al inicio) Métodos adicionales usados:	Fecha: _____ CA: _____ AA: _____	

**Elegibilidad para los servicios del Apartado C**

La evaluación y valoración del Apartado C se basan en la opinión clínica informada usando los múltiples métodos mencionados anteriormente. Su hijo(a) es elegible para los servicios del Apartado C porque tiene (marque una o más opciones a continuación):

- Un retraso del 25% en el desarrollo de una o más áreas** (marque todas las opciones que apliquen):
  - Cognitiva  Física: (incluyendo la motricidad gruesa y la motricidad fina)
  - Social o emocional  Adaptación  Comunicación (incluyendo el lenguaje expresivo y receptivo)
- Desarrollo atípico en las siguientes áreas** (marque todas las opciones que apliquen):
  - Sensorial-motriz  Comportamiento  Social-emocional  Social, comunicación y comportamiento
 Describir (opcional):
- Una condición diagnosticada que es probable que resulte en un retraso de desarrollo** (nombre):
- Si hijo(a) no es elegible para el Apartado C porque no cumple los criterios anteriores. (Este formulario sólo sirve como registro de evaluación).





Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
 Fecha de IFSP: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



**V. Servicios necesarios para lograr los resultados de la intervención temprana**

SERVICIO PERMITIDO	FRECUENCIA (# x/wk/ mes/una vez)	INTENSIDAD (# min/visita)	GRUPO (G) / INDIVIDUO (I)	MÉTODOS** (a,b,c,d)	AMBIENTE/UBICACIÓN NATURAL (Debe ser un entorno natural a menos que se justifique a continuación)	PAGO 1. Cuota familiar 2. Seguro 3. Medicaid, 4. Fondos estatales 5. Fondos locales 6. Apartado C	FECHA DE INICIO PROYECTADA	FECHA DE TERMINACIÓN PROYECTADA	FECHA DE TERMINACIÓN REAL
1. Coordinación de servicios	*	*		Coordinación de servicios					
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

\* Ésta es la frecuencia e intensidad mínimas de contacto directo por parte de su coordinador de servicios. La frecuencia e intensidad de la coordinación de servicios proporcionada realmente variará ya que la coordinación de servicios es un proceso activo y constante que cambia con base en las prioridades y necesidades de su familia.

\*\* Métodos: a = Entrenamiento, incluyendo práctica según sea adecuada b = Consulta c = Evaluación  
 d = Provisión del dispositivo de tecnología de asistencia

**Justificación de por qué los resultados de intervención temprana no se pueden lograr satisfactoriamente en un entorno natural y un plan con los cronogramas y apoyos necesarios para regresar los servicios de intervención a entornos naturales:**

**Razón por la cual se aplazó la fecha de inicio proyectada – Para cada servicio que esté planeado para comenzar más de 21 días calendario después de que la familia firme el ISP, indique si la razón es por preferencia de programación de la familia, si el equipo planeó una fecha de inicio posterior para satisfacer las necesidades del niño y de la familia, u otra razón:**

**VI. Otros servicios** (Servicios necesarios, pero no permitidos bajo el Apartado C – incluyendo servicios médicos así como controles para el bebé, seguimiento con especialistas con fines médicos, etc.)

SERVICIO	PROVEEDOR	UBICACIÓN	MEDIDAS QUE SE DEBEN TOMAR PARA ASISTIR EN LA GARANTÍA DE SERVICIOS

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de IFSP: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



## VII. Planeación de transición

### La siguiente información sobre transición se comenta al principio del IFSP inicial:

- La transición sucede cuando su hijo deja la intervención temprana. La planeación en esta página le ayudará a usted y a su hijo a hacer la transición fácilmente de la intervención temprana a lo que venga después para su hijo.
- Opciones después de la intervención temprana (ejemplos: Programas comunitarios como educación preescolar del vecindario, Head Start, educación especial a temprana edad a través de las escuelas públicas).
- Tiempos posibles de la transición
  - Cuando su hijo alcance el nivel de edad en todas las áreas de desarrollo y ya no cumpla ningún otro requisito para la intervención temprana
  - Cuando su hijo(a) cumpla tres años, que es cuando termina la elegibilidad para la intervención temprana
  - Cuando y si su hijo es elegible para los servicios de educación especial a temprana edad a través de las escuelas públicas (entre 2 y 3 años), si es que usted está interesado en esos servicios. Es posible que a los niños no se les proporcione la intervención temprana y la educación especial a temprana edad a través de las escuelas públicas al mismo tiempo.

Esta información se comentó el \_\_\_\_\_ (fecha) por \_\_\_\_\_ (iniciales del coordinador de servicios)

### Fechas importantes para la planeación de transición:

\_\_\_\_\_ - fecha objetivo como recomendación para determinar la elegibilidad si usted está interesado en los servicios de educación especial a edad temprana proporcionados a través de su sistema escolar local (la recomendación debe realizarse antes del 1º de abril del año en el que su hijo cumple 2 años y antes del 30 de septiembre si usted desea que su hijo comience a asistir a la escuela el primer día del siguiente año escolar).

\_\_\_\_\_ (fecha en la que el niño cumple 3 años) – fecha en la cual si hijo ya no es elegible para recibir intervención temprana

### Notificación para la división escolar local:

El nombre, dirección, número telefónico y fecha de nacimiento de nuestro hijo se enviará a \_\_\_\_\_ (división escolar) antes de \_\_\_\_\_ (fecha) a menos de que no estemos de acuerdo. Enviar esta información ayuda a la división escolar a saber quién en la comunidad puede ser elegible para recibir servicios de educación especial. Ésta no es una recomendación para dichos servicios y no significa que usted está interesado en dichos servicios.

No quiero que el nombre, dirección, número telefónico y fecha de nacimiento de mi hijo se envíen a la división escolar local.

\_\_\_\_\_  
(iniciales del padre o

Cambié de opinión y estoy de acuerdo que se envíe esta información a la división escolar local.

\_\_\_\_\_  
(iniciales del Padre o

Fecha en la que se envió la notificación: \_\_\_\_\_

### Requisitos para la planeación de transición

Las actividades de transición completadas dependerán de sus planes de transición y de sus preferencias familiares.

Pasos/Actividades de transición	Fecha objetivo	Fecha de completado	Iniciales de la persona que llena el formulario
<p>Con base en sus planes de transición y sus preferencias familiares, su coordinador de servicios le:</p> <p>1. Ayudará a su familia a explorar las opciones del programa comunitario, las cuales pueden incluir servicios de educación especial a edad temprana para su hijo</p> <p>a. Proporcionará información, incluyendo información de contacto del programa, opciones de la comunidad después de la intervención temprana, según lo desee su familia. Información proporcionada sobre los siguientes programas:</p> <p>b. Organizará visitas a los programas, según lo desee su familia. Programas visitados:</p> <p>c. Proporcionará nombres de otras familias (con su permiso) que han realizado la transición a programas que la familia está considerando, según lo desee su familia.</p> <p>d. Otros pasos/actividades:</p>			

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de IFSP: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



<b>Pasos/Actividades de transición</b> En base a sus planes de transición y de sus preferencias familiares, su coordinador de servicios le:	Fecha objetivo	Fecha de completado	Iniciales de la persona que llena el formulario
2. Con su permiso, haga una recomendación a la división escolar local o a otro(s) programa(s) deseado(s) a. El consentimiento del padre o madre se obtuvo en el formulario de divulgación de información el _____ (fecha) b. Con el consentimiento del padre o madre en el formulario de divulgación de información, recomiende a su hijo y envíe información específica del niño al proveedor de servicios o programa futuro (por ejemplo, informes de evaluación, IFSP, etc.). Liste la información enviada: c. Recomendación enviada a _____ (programa) el _____ (fecha) d. Otros pasos/actividades:			
3. Si su familia está considerando realizar la transición a los servicios de educación especial a edad temprana, lleve a cabo la conferencia de transición de 90 días entre usted, su coordinador de servicios y alguien del programa nuevo para planear cómo hacer la transición. a. El formulario de <i>Previo aviso para los padres</i> se proporcionó el _____ (fecha) b. El padre o madre <input type="checkbox"/> aprueba / <input type="checkbox"/> desaprueba la conferencia como se indica por: <input type="checkbox"/> _____ (firma del padre o madre); _____ (fecha) <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Se firmó la <i>Aprobación del padre o madre para la conferencia de planeación de transición</i> en el registro del niño c. El coordinador de servicios garantiza la programación de la conferencia y la participación requerida por las partes (marque una opción): <input type="checkbox"/> Invitando directamente a los participantes y programando la hora y lugar para la reunión <input type="checkbox"/> Trabajando con la división escolar para llevar a cabo la conferencia como parte del proceso de elegibilidad d. La conferencia de transición se llevó acabo el _____ (fecha) e. Las siguientes personas participaron: <input type="checkbox"/> (Padre o madre - requerido), <input type="checkbox"/> (intervención temprana - requerido), <input type="checkbox"/> (división escolar - requerido), <input type="checkbox"/> (otra) <input type="checkbox"/> (otra) f. Resultados de la conferencia de transición (por ejemplo, planeación para cualquier evaluación futura, reunión de IEP incluyendo la determinación de colocación, etc.):			
4. Una vez que se haya determinado la transición de su hijo, ayude a su hijo y a su familia a prepararse, según lo desee su familia, para los cambios en apoyos y servicios para que pueda realizar la transición fácilmente de un programa a otro a. Su hijo realizará la transición a _____ el _____ (fecha proyectada) b. Ayude a su hijo y a su familia a estar listos para el nuevo programa/entorno:			
5. Dé de baja a su hijo del sistema local del Apartado C en o antes de su 3º cumpleaños a. Se firmó el formulario de <i>Previo aviso para los padres</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Si el niño está en esta en estado activo: El formulario de <i>Previo aviso para los padres</i> se envió el _____ (fecha) Se firmó el formulario de <i>Previo aviso para los padres</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. Fecha de dada de baja/conclusión _____			

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
Fecha de IFSP: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



### VIII. ACUERDO DE IFSP

#### Consentimiento de los padres para proveer servicios de intervención temprana:

Recibí una copia de los derechos familiares bajo el Apartado C de IDEA (*Notificación de los derechos del niño y familia en el sistema de intervención temprana del Apartado C de Infant & Toddler Connection of Virginia*) y una copia de la "Información de honorarios para familias" (para el IFSP anual) junto con este IFSP. Estos derechos e información sobre las cuotas familiares me fueron explicadas y las comprendo. Participé en el desarrollo de este IFSP y doy mi consentimiento informado para que el sistema y proveedores de servicio de Infant & Toddler Connection of Virginia lleven a cabo las actividades listadas en este IFSP.

Consentimiento hace referencia a que estoy completamente informado sobre las actividades para las cuales se requiere consentimiento, en mi lengua materna (a menos que no sea factible el hacerlo) y otra forma de comunicación; que entiendo y estoy de acuerdo estableciéndolo por escrito a llevar a cabo las actividades para las cuales se requiere consentimiento; el consentimiento describe esas actividades; y el otorgamiento de mi consentimiento es voluntario y puede revocarse por escrito en cualquier momento.

Comprendo que puedo rechazar un servicio o servicios sin poner en riesgo ningún otro servicio de intervención temprana que reciba mi hijo o familia a través del sistema de Infant & Toddler Connection of Virginia.

Comprendo que mi IFSP se compartirá entre los proveedores de servicio de Infant & Toddler Connection of Virginia que implementen este IFSP.

\_\_\_\_\_  
Firma(s) de (marque una opción):  Padre(s)  Tutor  Padre o madre sustituto(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Otros participantes del IFSP** (Nombre escrito, credenciales, rol/organización, firma y fecha):

---

---

---

---

---

---

---

---

**Los siguientes individuos participaron electrónicamente o por escrito** (especifique cuál):

---

---

**Traductor/Intérprete** (si es que se usó):

---

**Se adjuntan los siguientes documentos relacionados:**

---

---

**Con copia a:**

---

---

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
Fecha de IFSP: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Infant & Toddler

Connection of Virginia



Página 9

## IX. Registro de revisión de IFSP

Propósito de la revisión:  Revisión de 6 meses  Solicitada por: \_\_\_\_\_ Fecha de revisión: \_\_\_\_\_

Resumen (Incluya la justificación para cualquier cambio que resulte de esta revisión):

---

---

---

Cambio(s):

Fecha de inicio proyectada para el cambio:

---

---

---

### Consentimiento de los padres

Recibí una copia de los derechos familiares bajo el Apartado C de IDEA (*Notificación de los derechos del niño y familia en el sistema de intervención temprana del Apartado C de Infant & Toddler Connection of Virginia*) junto con este Registro de Revisión de IFSP. Estos derechos me fueron explicados y los comprendo. Participé en el desarrollo de esta Revisión de IFSP y doy mi consentimiento informado para que el sistema y proveedores de servicio de Infant & Toddler Connection of Virginia lleven a cabo cualquier cambio listado en este Registro de Revisión de IFSP.

Consentimiento hace referencia a que estoy completamente informado sobre las actividades para las cuales se requiere consentimiento, en mi lengua materna (a menos que no sea factible el hacerlo) y otra forma de comunicación; que entiendo y estoy de acuerdo estableciéndolo por escrito a llevar a cabo las actividades para las cuales se requiere consentimiento; el consentimiento describe esas actividades; y el otorgamiento de mi consentimiento es voluntario y puede revocarse por escrito en cualquier momento.

Comprendo que puedo rechazar un servicio o servicios sin poner en riesgo ningún otro servicio de intervención temprana que reciba mi hijo o familia a través del sistema de Infant & Toddler Connection of Virginia.

Comprendo que mi IFSP se compartirá entre el sistema y los proveedores de servicio de Infant & Toddler Connection of Virginia que implementen este IFSP.

\_\_\_\_\_  
Firma(s) de (marque una opción):  Padre(s)  Tutor  Padre o madre sustituto(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Otros participantes del IFSP (nombre escrito, credenciales, rol/organización, firma y fecha):

---

---

---

Los siguientes individuos participaron electrónicamente o por escrito (especifique cuál):

---

---

---

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

**Infant & Toddler**

Fecha de IFSP: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Connection of Virginia**



**Anexo**

(Consulte el número correspondiente en la página 6 del IFSP para los detalles de servicio)

#	Servicio	PROVEEDOR DE SERVICIOS <small>(Nombre, agencia, dirección y número telefónico)</small>	¿Actual?
1	Coordinación de servicios		<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
2			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
3			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
4			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
5			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
6			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
7			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
8			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N