

## Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)

De conformidad con la Parte C de IDEA, el IFSP tiene la obligación de mejorar la capacidad de las familias de satisfacer las necesidades de los niños recién nacidos hasta los tres años de edad que tuvieron retrasos del desarrollo o discapacidades.

Tipo y fecha de IFSP:       IFSP inicial \_\_\_\_\_                       IFSP anual \_\_\_\_\_

IFSP provisorio \_\_\_\_\_                       Revisión de IFSP \_\_\_\_\_

### I. Información del niño y la familia

<b>Nombre del niño/a:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Nombre(s) del padre o tutor:</b>	<b>Padres suplentes:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Domicilio(s):</b>	
<b>Ciudad, Estado, Código postal:</b>	
<b>Número(s) de teléfono:</b>	
( ) - Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	( ) - Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>
( ) - Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	( ) - Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>
( ) - Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	( ) - Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>
<b>Direccione(s) de correo electrónico:</b>	
<b>Etnia:</b>	
<b>Primera lengua de la familia:</b>	<b>¿Se necesita un intérprete?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Distrito escolar residente:</b>	
<b>Área de servicio:</b>	
<b>Contacto alternativo:</b>	
<b>Parentesco con el niño:</b>	
<b>Domicilio:</b>	
<b>Ciudad, Estado, Código postal:</b>	
<b>Números de teléfono:</b>	
( ) - Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>
( ) - Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>
( ) - Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>
<b>Dirección de correo electrónico:</b>	
<b>¿Quién vive en su hogar?</b>	
<b>Describe evaluaciones o valoraciones de desarrollo anteriores, servicios de intervención temprana o de terapia que haya recibido (si los hubiere):</b>	

## Información del coordinador de recursos familiares

Nombre del coordinador de recursos familiares:	
Agencia	
Domicilio de la agencia:	
Ciudad, Estado, Código postal	
Número de teléfono: ( ) -	Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>
Dirección de correo electrónico:	

## Derivación e información médica o de salud

Información de derivación		
Fecha de derivación:		
Motivo de la derivación:		
Fuente de derivación:		
Domicilio:		
Ciudad, Estado, Código postal		
Número de teléfono: ( ) -	Fax: ( ) -	Dirección de correo electrónico:

Información de atención primaria		
Nombre del proveedor de atención primaria:		
Domicilio:		
Ciudad, Estado, Código postal		
Número de teléfono: ( ) -	Fax: ( ) -	Dirección de correo electrónico:

## Información de salud del niño

**Resumen del estado de la salud del niño basado en la revisión de los registros pertinentes** *(Esto incluye el historial de nacimiento del niño, las afecciones de salud o los diagnósticos (es decir, alergias), enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos, estudios de la vista y la audición, otras evaluaciones del desarrollo):*

**¿Qué más debería saber el equipo acerca de la salud de su hijo para que podamos planificar mejor y brindar mejores servicios para su hijo y la familia?**

## II. Rutinas y actividades del niño y la familia

Comprender las rutinas y las actividades de los niños y las familias ayuda al equipo a identificar las numerosas oportunidades de aprendizaje que pueden apoyar el aprendizaje y el desarrollo de los niños.

**¿Dónde pasa el día su hijo? ¿Quién participa? ¿Cómo describiría las relación(es) de su hijo con usted y las personas con las que pasa la mayor parte del tiempo en diferentes entornos?**

**¿Cuáles son las cosas que su hijo más disfruta (incluyendo juguetes, personas, lugares, actividades, etc.)?**

**¿Qué le gusta a su familia hacer en conjunto y por qué? ¿Quién participa? ¿Cuándo ocurre esto?**

**¿Qué actividades y relaciones se están llevando a cabo satisfactoriamente?**

**¿Qué rutinas y actividades, si las hubiere, le parecen difíciles o frustrantes para usted o su hijo?**

**¿Cuáles son las actividades y las rutinas que su familia no realiza actualmente debido a las necesidades de su hijo, pero está interesada en realizar ahora o en el futuro cercano?**

## Preocupaciones, recursos, prioridades de la familia

Las preocupaciones y las prioridades de la familia impulsan el desarrollo de los resultados del IFSP. Los recursos y los apoyos familiares son de vital importancia para reforzar y mejorar los cambios deseados y el funcionamiento y el aprendizaje del niño. Las familias deben compartir sólo la información que se sientan cómodas compartiendo.

Decido **no** compartir la información acerca de mis preocupaciones, prioridades y recursos o incluir esta información en el IFSP. Comprendo que si mi hijo es elegible, aún puede recibir servicios apropiados según lo determinado por el equipo del IFSP, incluso si decido no completar esta sección.

\_\_\_\_\_ (iniciales del padre o la madre)

**Resumen de las preocupaciones de la familia:** *(según los desafíos en las rutinas y las actividades de cada día)*

**Prioridades de la familia:** *(según las preocupaciones identificadas anteriormente)*

**Virtudes y recursos que la familia tiene para satisfacer las necesidades de su hijo:** *(debe incluir a la familia, los amigos, los grupos comunitarios, los apoyos financieros, etc. que le brinden ayuda)*

**Además de la información que ya brindó, ¿tiene alguna preocupación adicional que aún no haya compartido o que otros hayan compartido con usted acerca de su hijo? ¿Hay algo más que le gustaría contarnos que sería útil para planificar los apoyos y los servicios con usted para solucionar lo más importante para su hijo y su familia?**

### III. Niveles de desarrollo actuales del niño

Comprender las habilidades de un niño, tal como se identificaron mediante las evaluaciones y las valoraciones (esto incluye observaciones, informes de los padres, estudios), ayuda al equipo (incluyendo a los padres) en la planificación de apoyos y servicios que mejoren el aprendizaje del niño.

<b>Área del desarrollo</b>	<b>Descripción de habilidades y estado</b> <i>(Incluya las habilidades del niño en cada área de desarrollo y describa el estado; incluya información acerca de las necesidades sensoriales en cada dominio)</i>	<b>Nivel de desarrollo</b> <i>(Porcentaje de retraso, desviación de la norma, equivalente en edad)</i>	<b>Fuente de información</b> <i>(Instrumento(s), informe de los padres, observación)</i>	<b>Nombre del evaluador y fecha de la evaluación o la valoración</b>
<b>Adaptación</b> <b>Cómo se le da de comer, cómo come, cómo se viste, cómo duerme</b>  <i>(Por ej.: agarra un biberón, estira los brazos para alcanzar un juguete, ayuda a vestirse)</i>				
<b>Cognitiva</b> <b>Pensamiento y aprendizaje</b>  <i>(Por ej.: mira un juguete que se le cayó, jala de un juguete atado a un cordel, arma un rompecabezas simple)</i>				
<b>Comunicación expresiva</b> <b>Emisión de sonidos, gestualidad, habla</b>  <i>(Por ej.: vocaliza vocales, apunta objetos para expresar deseos, utiliza 2 o más palabras)</i>				
<b>Comunicación receptiva</b> <b>Comprensión de palabras y gestos</b>  <i>(Por ej.: mira cuando lo llaman por su nombre, apunta partes del cuerpo y objetos comunes cuando se los nombran, sigue instrucciones simples de 1 y 2 pasos, comprende palabras simples)</i>				
<b>Física: Funciones motoras finas</b> <b>Uso de manos y dedos</b>  <i>(Por ej.: estira los brazos para agarrar y jugar con juguetes, levanta pasas de uva, inserta un cordel en cuentas)</i>				
<b>Física: Funciones motoras gruesas</b> <b>Movimiento y uso de músculos grandes</b>  <i>(Por ej.: gira desde estar apoyado sobre el estómago hasta estar apoyado sobre la espalda, se sienta solo, camina agarrándose de objetos)</i>				
<b>Socio-emocional</b> <b>Interacción con otros</b>  <i>(Por ej.: sonríe y demuestra felicidad, hace buen contacto visual, busca ayuda de cuidadores familiares, toma turnos, comparte juguetes)</i>				
<b>Visión</b>  <i>(Por ej.: pasó un examen InfantSee si tiene 12 meses de edad o menos; sigue objetos con la vista, presta atención a rostros de personas familiares o muestra otros comportamientos visuales apropiados para la edad.)</i>				
<b>Audición</b>  <i>(Por ej.: pasó estudios de la audición de recién nacido si tiene 12 meses de edad o menos; muestra un desarrollo apropiado para la edad en cuanto al habla/lenguaje y la audición)</i>				

## Elegibilidad inicial para servicios de la Parte C

La evaluación y la valoración de cada niño y la determinación de la elegibilidad inicial del niño para servicios de intervención temprana de la Parte C deben incluir el uso de una opinión clínica informada. La determinación de elegibilidad es una decisión en equipo.

Su hijo es **elegible** para servicios de la Parte C porque tiene (*marque una o más a continuación*):

Una desviación de la norma de 1.5 o un 25% del retraso en el desarrollo en un área o más (*marque todas las que correspondan*):

Cognitiva

Física: Habilidades motoras finas:

Física: Funciones motoras gruesas

Adaptación

Social o emocional

Comunicación expresiva

Comunicación receptiva

Una afección diagnosticada que probablemente resulte en un retraso del desarrollo (*identificar*):

Opinión clínica informada (*marque y brinde una explicación si este es el único método utilizado para determinar la elegibilidad aunque la opinión clínica se debe utilizar en toda la evaluación y la valoración*):

**Opinión clínica informada** (*dado que a través de todo el proceso de evaluación y valoración se debe utilizar la opción clínica informada, esta sección debe ser completada independientemente del criterio utilizado para determinar la elegibilidad*):

## Resumen de desempeño funcional

Esta sección resume cómo un niño utiliza las habilidades en diferentes dominios para funcionar en diferentes entornos y situaciones. Brinda información que ayuda al equipo (incluso a los padres) a desarrollar resultados y estrategias funcionales del IFSP para lograr estos resultados y, de esta manera, el progreso se puede controlar con el paso del tiempo. Esta información también ayuda a completar la información del Resumen de resultados del niño.

**Habilidades socio-emocionales positivas (incluyendo relaciones sociales):** *(relación con adultos, relación con otros niños, seguir reglas relacionadas con grupos o interacción con otros)*

Resumen del funcionamiento del niño:

Declaración de descriptor de resultado (Seleccione uno):

**Adquisición y uso de conocimiento y habilidades (esto incluye habla temprana o comunicación):** *(pensar, razonar, recordar y resolver problemas; comprender símbolos, comprender los mundos físicos y sociales)*

Resumen del funcionamiento del niño:

Declaración de descriptor de resultado (Seleccione uno):

**Uso de comportamientos adecuados para satisfacer sus necesidades:** *(se ocupa de sus necesidades básicas, por ejemplo, demuestra hambre, se viste, se alimenta, pide ir al baño, etc.; contribuye a su propia salud y seguridad, por ejemplo, acata las reglas, ayuda con el lavado de las manos, evita objetos no comestibles (si tiene más de 24 meses); va de un lugar a otro (movilidad) y utiliza herramientas (por ejemplo, tenedores, cordeles atados a objetos, etc.))*

Resumen del funcionamiento del niño:

Declaración de descriptor de resultado (Seleccione uno):

Fecha en la que las declaraciones de descriptor de resultados del niño fueron seleccionadas por el equipo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## Equipo de evaluación

**Los siguientes individuos participaron en la evaluación y la valoración:**

<i>Nombre en letra de molde y credenciales</i>	<i>Rol y organización</i>	<i>Actividades de valoración</i>
		<input type="checkbox"/> Niveles de desarrollo actuales del niño <input type="checkbox"/> Elegibilidad para servicios de la Parte C <input type="checkbox"/> Contribuyó información para resumen de desempeño funcional <input type="checkbox"/> Participó en la selección de las Declaraciones de descriptor de resultados
		<input type="checkbox"/> Niveles de desarrollo actuales del niño <input type="checkbox"/> Elegibilidad para servicios de la Parte C <input type="checkbox"/> Contribuyó información para resumen de desempeño funcional <input type="checkbox"/> Participó en la selección de las Declaraciones de descriptor de resultados
		<input type="checkbox"/> Niveles de desarrollo actuales del niño <input type="checkbox"/> Elegibilidad para servicios de la Parte C <input type="checkbox"/> Contribuyó información para resumen de desempeño funcional <input type="checkbox"/> Participó en la selección de las Declaraciones de descriptor de resultados
		<input type="checkbox"/> Niveles de desarrollo actuales del niño <input type="checkbox"/> Elegibilidad para servicios de la Parte C <input type="checkbox"/> Contribuyó información para resumen de desempeño funcional <input type="checkbox"/> Participó en la selección de las Declaraciones de descriptor de resultados
		<input type="checkbox"/> Niveles de desarrollo actuales del niño <input type="checkbox"/> Elegibilidad para servicios de la Parte C <input type="checkbox"/> Contribuyó información para resumen de desempeño funcional <input type="checkbox"/> Participó en la selección de las Declaraciones de descriptor de resultados

**El rol de la familia en el procesamiento del Resumen de resultados del niño (marque solo uno):**

- La familia estaba presente en el debate y en la selección de las declaraciones del descriptor  
 La familia estaba presente en el debate, pero no en la selección de las declaraciones del descriptor  
 La familia brindó información, pero no estuvo presente en el debate

**Información de la familia sobre el funcionamiento del niño (marque todo lo que corresponda):**

- Se recibió en la reunión del equipo     Se recabó por separado     Se incorporó a la valoración  
 No se incluyó (Explique: )

**Instrumentos de la valoración que informa el resumen de los resultados del niño:**

**Otras fuentes de información (por ejemplo: observación de un médico, información de un proveedor de cuidado de niños):**

#### IV. Resultados del IFSP funcional para niños y familias

Los resultados funcionales deben reflejar los cambios que a las familias les gustaría ver en ellas y en sus hijos y que estén basados en las prioridades de la familia y en las necesidades de desarrollo del niño.

<b>N.º de resultado</b> _____	<b>Fecha de inicio:</b> _____ <b>Fecha objetivo:</b> _____
<b>¿Qué quiere su familia que pase con su hijo o familia?</b> <i>(El resultado debe ser funcional, medible y en el contexto de las rutinas y las actividades de cada día).</i>	
<b>¿Qué está sucediendo ahora en relación a este resultado? ¿Qué está haciendo actualmente su familia para ayudar a obtener este resultado?</b> <i>(Describa el funcionamiento de su hijo o su familia en relación al cambio o el resultado deseado).</i>	
<b>¿Cuáles son las formas en las que su familia y el equipo trabajarán para obtener este resultado? ¿Quiénes ayudarán y qué harán?</b> <i>(Describa los métodos y las estrategias que se utilizarán para ayudar a su hijo y su familia a lograr los resultados en las actividades y rutinas de la vida diaria. Indique quiénes realizarán qué cosas, incluyendo tanto los servicios de intervención temprana como los apoyos informales, incluyendo miembros de la familia, amigos, vecinos, iglesia u otras organizaciones comunitarias, programas especiales de cuidados de la salud y los programas de educación para padres).</i>	
<b>¿Cómo sabremos si progresamos o si se necesita de revisiones para los resultados o los servicios?</b> <i>(¿Qué criterios [es decir, acción o comportamiento observable que demuestre que se está progresando], procedimientos [es decir, observación, informe, tabla] y líneas de tiempo realistas se utilizarán?)</i>	
<b>¿Cómo nos fue?</b> <i>(Declaración de revisión del progreso y criterios de éxito)</i> Fecha: _____ Logrado: ¡Lo logramos! Fecha: _____ Continúe: Ya casi lo logramos. Continuemos.  <b>La situación ha cambiado:</b> Fecha: _____ Interrumpir: Ya no es aplicable. Fecha: _____ Corregir: Intentemos algo diferente. Fecha: _____ <b>Explicaciones o comentarios:</b>	

## Resultados funcionales del IFSP apoyados por el coordinador de recursos familiares en relación al acceso a los recursos y los apoyos comunitarios

La coordinación de recursos familiares se brinda a todas las familias inscritas en los servicios de intervención temprana. Un coordinador de recursos familiares le ayudará a identificar y acceder a los recursos y apoyos comunitarios que usted y su hijo pudieran necesitar, según sus prioridades actuales. Esta página describe los pasos y las actividades que usted y su equipo llevarán a cabo para conectarlo con estos recursos.

<b>N.º de resultado</b> ____	<b>¿Qué queremos lograr?</b> ( <i>Resultado deseado</i> )	<b>Fecha de inicio:</b> _____
		<b>Fecha objetivo:</b> _____
<b>¿Quién hará que cosas?</b> ( <i>Estrategias y actividades</i> )		
Fecha de revisión: _____		
<b>Código de progreso (marque uno con un círculo):</b> Logrado            Continúa            Interrumpir            Corregir		
Comentarios:		
<b>N.º de resultado</b> ____	<b>¿Qué queremos lograr?</b> ( <i>Resultado deseado</i> )	<b>Fecha de inicio:</b> _____
		<b>Fecha objetivo:</b> _____
<b>¿Quién hará que cosas?</b> ( <i>Estrategias y actividades</i> )		
Fecha de revisión: _____		
<b>Código de progreso (marque uno con un círculo):</b> Logrado            Continúa            Interrumpir            Corregir		
Comentarios:		
<b>N.º de resultado</b> ____	<b>¿Qué queremos lograr?</b> ( <i>Resultado deseado</i> )	<b>Fecha de inicio:</b> _____
		<b>Fecha objetivo:</b> _____
<b>¿Quién hará que cosas?</b> ( <i>Estrategias y actividades</i> )		
Fecha de revisión: _____		
<b>Código de progreso (marque uno con un círculo):</b> Logrado            Continúa            Interrumpir            Corregir		
Comentarios:		

## V. Planificación de transición

El Plan de Transición da una idea general de los pasos y las actividades para apoyar a los niños y las familias que estén abandonando la intervención temprana a los tres años de edad e ingresando a otros servicios comunitarios o escolares.

### Prioridades y metas para la transición de su hijo:

--

### Información de contacto de educación especial para la niñez temprana

Nombre del contacto de educación especial para la niñez temprana:

Número de teléfono: (    ) - Trabajo  Celular

Dirección de correo electrónico:

Requisitos y actividades de planificación de transición	Pasos de acciones	Papel de la persona responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<b>En cualquier momento desde la reunión inicial del IFSP, hasta 90 días antes del tercer cumpleaños del niño:</b>				
1. Debata con los padres lo que significa "transición" de intervención temprana, esto incluye pautas de elegibilidad y edad para los servicios de intervención temprana y lo que se puede hacer para planificar para esta transición.				
2. Debata con los padres las posibles opciones del programa (esto incluye servicios de educación especial en preescolar; Head Start; cuidado de niños y otros servicios comunitarios) que pudieran estar disponibles cuando el niño ya no fuera elegible.				
3. Ayude a los padres a comprender sus derechos y a desarrollar habilidades de representación.				
<b>Al menos 90 días y no más de 9 meses antes del tercer cumpleaños del niño:</b>				
4. Presente una notificación LEA y SEA que informe que el niño probablemente fuera elegible para los servicios de la Parte B (incluya el nombre, el domicilio, el número de teléfono y la fecha de nacimiento del niño).				
5. Con el consentimiento de los padres, transfiera información de registros (esto incluye evaluación, valoraciones y el IFSP).				

Requisitos y actividades de planificación de transición	Pasos de acciones	Papel de la persona responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<b>En una reunión del IFSP al menos 90 días y no más de 9 meses antes del cumpleaños del niño (eso podría ser la Conferencia de Transición), desarrollar el Plan de Transición del niño, incluyendo las siguientes y cualquier revisión de los resultados funcionales del niño y la familia o los servicios de intervención temprana u otros servicios necesarios para garantizar una transición tranquila:</b>				
6. Brinde oportunidades para que los padres se reúnan con representantes de agencias educativas locales u otros programas comunitarios y reciban información de ellos, como fuera apropiado.				
7. Establezca procedimientos para preparar al niño para los cambios en la provisión de servicios, incluyendo pasos para ayudar al niño a adaptarse a un nuevo entorno y a funcionar en este nuevo entorno (es decir, visite el nuevo programa, reúnanse con personal del programa antes del primer día del niño, ayude a la familia a conseguir los materiales y los suministros que necesitarán (tales como una mochila).				
8. Si el niño está haciendo una transición a la Parte B, controle con los padres las opciones del programa para su hijo a partir del tercer cumpleaños del niño hasta el final del año escolar.				
9. Con el consentimiento de los padres, programe la conferencia de transición (al menos 90 días y no más de 9 meses antes del tercer cumpleaños del niño) e invite a los participantes, incluso a los padres, al personal de intervención temprana, a la agencia local de educación, a Head Start y a otros proveedores comunitarios según corresponda.				
<b>10. En la conferencia de transición haga lo siguiente:</b>				
a. Decida qué otras actividades se deben completar antes de que el niño se traslade al nuevo entorno de servicio (esto incluye la inscripción, las vacunas, los aspectos de transporte, las necesidades médicas, etc.).				
b. Controle la información actual de la evaluación y la valoración. Decida si se necesitan más evaluaciones para determinar la elegibilidad para la Parte B u otros programas antes de la transición.				
c. Según sea apropiado, ayude a programar una evaluación inicial si el niño fuera probablemente elegible para educación especial de preescolar.				

Requisitos y actividades de planificación de transición	Pasos de acciones	Papel de la persona responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización
d. Decida si hay necesidad de seguimiento posterior a la transición (incluyendo coordinación de servicios y consultas con nuevo personal).				
11. Otras actividades de planificación de transición:				

## VI. Resumen de los servicios

Los servicios y los apoyos se determinan siguiendo el desarrollo de los resultados del IFSP funcional. Están diseñados para mejorar la capacidad de la familia para apoyar el desarrollo del niño y para fomentar el aprendizaje y el desarrollo del niño a través de la participación funcional en actividades familiares y comunitarias.

Servicios de Intervención Temprana	N.º de resultado (incluya todo lo que corresponda)	Frecuencia y duración de los servicios	Intensidad		Métodos	Contexto	Entorno natural S/N*	Arreglos de pagos (si los hubiere)	Duración		Agencia(s) Responsable(s)
			Individual	Grupal					Fecha de inicio	Fecha de finalización	

**Documentación de debates para llegar a un consenso acerca de los servicios:** *(Incluye debates acerca de todo servicio a que se haya rehusado o que se haya rechazado, además de toda negociación concerniente a la frecuencia, la intensidad o el método de provisión del servicio.*

\* Si el entorno no es el entorno natural, complete la justificación.

## Otros servicios

Estos son servicios adicionales a los que su hijo y su familia están accediendo, pero a los que no tienen derecho de conformidad con la Parte C. Dichos servicios adicionales pueden incluir servicios médicos, además de controles de salud del bebé, seguimiento con especialistas para fines médicos, etc.

¿Usted o su hijo reciben actualmente alguno de los siguientes servicios?					
Marque si corresponde	<u>Asistencia financiera y de otras ayudas básicas</u>	Marque si corresponde	<u>Servicios médicos y de salud</u>	Marque si corresponde	<u>Servicios generales</u>
	Medicaid/Apple Health – niño		Programa de nutrición de WIC		Early Head Start o Head Start
	Medicaid/Basic Health – padres		First Steps		Migrant Head Start – American Indian/Alaska Native Head Start
	Seguro de salud - niño		Vacunaciones (Baby Shots)		Cuidado de niños
	Seguro de salud - padres		Clínica de planificación familiar		Visitas al hogar
	Programa de pagos de Medicaid Premium		Cuidado de niños sanos		División de Discapacidades del Desarrollo (DDD, servicios no EIS)
	Estampillas de alimentos		Programa de Niños con Necesidades Especiales de Cuidados de Salud		Preescolar
	Ayuda financiera		Cuidados primarios - padres		Otros servicios generales:
	SSI		Especialistas médicos (es decir, cardiología, neurología, etc.)		Derivación de padres a padres (P2P)
	Subsidios de cuidado de niños		EPSDT/Control de Salud de Medicaid (Medicaid Health Check)		Derivación de la Red de Padres del Estado de Washington (Washington State Fathers Network (WSFN))
	TANF		Atención dental		
	Otros servicios financieros:		Servicios de Salud Indígena (Indian Health Services)		
			Otros servicios de salud:		
<b>Comentarios</b> (incluya nombres, información de contacto y fuentes de financiación para los servicios anteriores, según corresponda):					

¿Qué otros servicios necesita su niño y su familia, y desean acceder?		
Otro servicio	Proveedor	Pasos que se deben llevar a cabo para ayudar a las familias a acceder a estos servicios o fuentes de financiación que se deben utilizar



## VII. Justificación de entorno natural

Los niños aprenden mejor mediante oportunidades de aprendizaje natural que se presentan en entornos en los que el niño y la familia normalmente participan. Los apoyos y los servicios de intervención temprana se deben brindar en entornos que fueran naturales o típicos para los niños de la misma edad (es decir, entornos naturales). Si el equipo decide que el resultado no se puede lograr en un entorno natural, se debe dar una justificación que incluya por qué se tomó esa decisión y qué haremos para trasladar los servicios y los apoyos a los entornos naturales tan pronto como fuera posible.

N.º de resultado	Servicio(s) y apoyo(s)	Contexto (Entorno no natural donde se brindarán los servicio(s) y apoyo(s))
<b>Explicación de la razón por la que el resultado no se puede lograr en un entorno natural:</b>		
<b>Planificación para trasladar los servicio(s) o los apoyos a los entorno(s) naturales:</b>		

## VIII. Acuerdo de Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)

### Notificación previa por escrito y consentimiento de los padres para proporcionar servicios de intervención temprana

#### **Notificación previa por escrito:**

Se les debe proporcionar una notificación previa por escrito a los padres de un niño elegible dentro de un período de tiempo razonable antes de que el programa proponga o se niegue a iniciar o cambiar la identificación, la evaluación o la colocación del niño o la provisión de servicios adecuados de intervención temprana para el niño y la familia del niño.

#### **Acción propuesta:**

Iniciar los servicios indicados en el IFSP por los cuales se dio el consentimiento, de conformidad con el Resumen de Servicios.

#### **Motivos para llevar a cabo la acción:**

Después de conversar sobre toda la información de la evaluación, incluyendo las observaciones familiares y sus preocupaciones, prioridades y recursos, el equipo de IFSP, incluyendo la familia, se accedió a que se proporcionen los servicios de intervención temprana y otros apoyos para lograr los resultados deseados.

#### **Acción denegada (si corresponde):**

#### **Motivos de la denegación (si se denegó alguna acción):**

## Página de consentimiento para el IFSP

**Consentimiento:**

Participé en el desarrollo de este IFSP y di mi consentimiento informado para que el programa *Apoyo Temprano para Niños y Niños Pequeños* de Washington y los proveedores de servicios lleven a cabo las actividades indicadas en este IFSP.

Consentimiento significa que he sido totalmente informado de toda la información con respecto a las actividades por las cuales se solicita consentimiento en mi lengua madre o por otro medio de comunicación; que entiendo y doy mi consentimiento por escrito para que se realicen las actividades por las cuales se solicita consentimiento; el consentimiento describe las actividades e indica los registros (si corresponde) que serán divulgados y a quién; y mi consentimiento es voluntario y puedo revocarlo por escrito en cualquier momento. Dicha revocación no es retroactiva (no se aplica a ninguna acción que ocurrió antes del consentimiento de revocación).

Entiendo que puedo aceptar o rechazar cualquier servicio de intervención temprana (excepto la función administrativa que se exige bajo las regulaciones para coordinación de recursos familiares) y puedo rechazar dicho servicio después de haberlo aceptado inicialmente sin que esto ponga en peligro cualquier otro servicio de intervención temprana que mi hijo o familia reciba a través del programa de *Apoyo Temprano para Niños y Niños Pequeños* de Washington. (NOTA: Complete el formulario de *Rechazo de uno o más servicios de intervención temprana o Rechazo de la participación en el programa ESIT* si corresponde.)

Entiendo que mi IFSP se compartirá con los proveedores de intervención temprana y los administradores del programa responsables de la implementación de este IFSP.

He recibido una copia del programa de *Apoyo Temprano para Niños y Niños Pequeños* de Washington, *Parte C de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) Garantías de Procedimiento [Derechos de los Padres]* junto con este IFSP. Dicha información incluye los procedimientos de queja y el cronograma que puedo utilizar si más adelante no estoy de acuerdo con alguna decisión. Me han explicado estos derechos y los he entendido.

He recibido una copia del programa de Apoyo temprano para lactantes y niños pequeños de Washington, del Sistema de pagos y de la Política de tarifas junto con este IFSP. La política identifica las garantías procesales y las opciones de resolución de conflictos que pueda utilizar si más adelante decido que no estoy de acuerdo con alguna decisión relacionada con la facturación del seguro público o privado, la imposición de tarifas y/o la determinación de la capacidad o incapacidad de pago. Se me han explicado y comprendo estos derechos.

Firma(s) de (*marque uno*):  Padre(s)  Tutor legal  Padre sustituto

Fecha

**Participantes del IFSP que asistieron a la reunión del IFSP:**

Nombre y credenciales en letra de molde	Rol y organización	Firma	Fecha

**Las siguientes personas no asistieron a la reunión, pero participaron en la reunión a través de conferencia telefónica o por escrito (*especificar*):**

Nombre y credenciales en letra de molde	Rol y organización	Llamada en conferencia o por escrito

## IX. Revisión del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)

El IFSP es un documento fluido y flexible que se puede actualizar a medida que usted o su hijo y las necesidades de la familia cambian. Las revisiones del IFSP se deben realizar cada seis meses y las revisiones adicionales se pueden llevar a cabo cada vez que se necesiten cambios en el IFSP. Esta página resumirá los cambios que se estén realizando en el IFSP en cada revisión.

**Fecha de revisión:** \_\_\_\_\_

**Resumen de los resultados de la revisión** *(es decir, el progreso que se realizó hacia los resultados o nuevos resultados que se presentaron; cambios en las preocupaciones, los recursos y las prioridades de la familia; cambios en la provisión de servicios; planes hasta la siguiente revisión, etc.). Todo cambio en los servicios y en los resultados que se observen en esta revisión también se deben actualizar en la sección apropiada del IFSP actual.*

## Acuerdo de revisión de Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)

### Notificación previa por escrito y consentimiento de los padres para proporcionar servicios de intervención temprana

#### Notificación previa por escrito:

Se les debe proporcionar una notificación previa por escrito a los padres de un niño elegible dentro de un período de tiempo razonable antes de que el programa proponga o se niegue a iniciar o cambiar la identificación, la evaluación o la colocación del niño o la provisión de servicios adecuados de intervención temprana para el niño y la familia del niño.

#### Acción propuesta:

Iniciar los servicios indicados en el IFSP por los cuales se dio el consentimiento, de conformidad con el Resumen de Servicios.

#### Motivos para llevar a cabo la acción:

Después de conversar sobre toda la información de la evaluación, incluyendo las observaciones familiares y sus preocupaciones, prioridades y recursos, el equipo de IFSP, incluyendo la familia, accedió a que se proporcionen los servicios de intervención temprana y otros apoyos para lograr los resultados deseados.

#### Acción denegada (si corresponde):

#### Motivos de la denegación (si se denegó alguna acción):

## Página de consentimiento para el IFSP

**Consentimiento:**

Participé en el desarrollo de este IFSP y di mi consentimiento informado para que el programa *Apoyo Temprano para Niños y Niños Pequeños* de Washington y los proveedores de servicios lleven a cabo las actividades indicadas en este IFSP.

Consentimiento significa que he sido totalmente informado de toda la información con respecto a las actividades por las cuales se solicita consentimiento en mi lengua madre o por otro medio de comunicación; que entiendo y doy mi consentimiento por escrito para que se realicen las actividades por las cuales se solicita consentimiento; el consentimiento describe las actividades e indica los registros (si corresponde) que serán divulgados y a quién; y mi consentimiento es voluntario y puedo revocarlo por escrito en cualquier momento. Dicha revocación no es retroactiva (no se aplica a ninguna acción que ocurrió antes del consentimiento de revocación).

Entiendo que puedo aceptar o rechazar cualquier servicio de intervención temprana (excepto la función administrativa que se exige bajo las regulaciones para coordinación de recursos familiares) y puedo rechazar dicho servicio después de haberlo aceptado inicialmente sin que esto ponga en peligro cualquier otro servicio de intervención temprana que mi hijo o familia reciba a través del programa de *Apoyo Temprano para Niños y Niños Pequeños* de Washington. (NOTA: Complete el formulario de *Rechazo de uno o más servicios de intervención temprana* o *Rechazo de la participación en el programa ESIT* si corresponde.)

Entiendo que mi IFSP se compartirá con los proveedores de intervención temprana y los administradores del programa responsables de la implementación de este IFSP.

He recibido una copia del programa de *Apoyo Temprano para Niños y Niños Pequeños* de Washington, *Parte C de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) Garantías de Procedimiento [Derechos de los Padres]* junto con este IFSP. Dicha información incluye los procedimientos de queja y el cronograma que puedo utilizar si más adelante no estoy de acuerdo con alguna decisión. Me han explicado estos derechos y los he entendido.

He recibido una copia del programa de Apoyo temprano para lactantes y niños pequeños de Washington, del Sistema de pagos y de la Política de tarifas junto con este IFSP. La política identifica las garantías procesales y las opciones de resolución de conflictos que pueda utilizar si más adelante decido que no estoy de acuerdo con alguna decisión relacionada con la facturación del seguro público o privado, la imposición de tarifas y/o la determinación de la capacidad o incapacidad de pago. Se me han explicado y comprendo estos derechos.

Firma(s) de (*marque uno*):  Padre(s)  Tutor legal  Padre sustituto

Fecha

**Participantes del IFSP que asistieron a la reunión del IFSP:**

Nombre y credenciales en letra de molde	Rol y organización	Firma	Fecha

**Las siguientes personas no asistieron a la reunión, pero participaron en la reunión a través de conferencia telefónica o por escrito (*especificar*):**

Nombre y credenciales en letra de molde	Rol y organización	Llamada en conferencia o por escrito