



**PLAN INDIVIDUALIZADO DE APOYO FAMILIAR (IFSP, "INDIVIDUAL FAMILY SUPPORT PLAN")**

**Formulario A: Información sobre su familia**

**Página \_\_\_\_ del Formulario A**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo Conocido como:  
nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Identidad del Niño \_\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer

Idioma principal del niño / forma de comunicación:  Inglés  Español  Creole  Otro: \_\_\_\_\_

Marque uno:  Padre/Madre  Tutor Legal  Padre Adoptivo  Padre Sustituto  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Horario más adecuado para llamar: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma principal que se habla en la casa/Forma de comunicación:  Inglés  Español  Ceole  Otro: \_\_\_\_\_

Marque uno:  Padre/Madre  Tutor legal  Padre Adoptivo  Padre Sustituto  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Horario más adecuado para llamar: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma principal que se habla en la casa/Forma de comunicación:  Inglés  Español  Ceole  Otro: \_\_\_\_\_

¿Necesitan un intérprete para la familia?  Sí  No En ese caso, ¿qué tipo de intérprete? \_\_\_\_\_

---

**Las siguientes personas pueden ayudarle con sus preguntas y preocupaciones:**

Coordinador de servicios: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Especialista en recursos para la familia: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

---

**Fecha de Remisión:** \_\_\_\_\_

**Fecha del IFSP provisional:** \_\_\_\_\_

**Fecha el IFSP inicial:** \_\_\_\_\_

**Fecha del IFSP actual:** \_\_\_\_\_

**Fecha para la Revisión de 6-meses del IFSP:** \_\_\_\_\_

**Fecha en que se efectuó la revisión de 6-meses del IFSP:** \_\_\_\_\_

**Fecha límite para el IFSP anual:** \_\_\_\_\_

**Fecha límite para la Conferencia de Transición:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Fecha del IFSP: \_\_\_\_\_

# de Identificación: \_\_\_\_\_

Coordinador de Servicios: \_\_\_\_\_

**Formulario B:** Planeando para la evaluación de su niño

Fecha(s) en que se obtiene esta Información:

Edad cronológica:

Edad corregida:

Háblenos sobre la salud de su niño (a):  
 ¿Nació su niño(a) a término completo? Sí  No   
 ¿A cuántas semanas? \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_  
 Última fecha de chequeo de su niño(a): \_\_\_\_\_  
 ¿Están las inmunizaciones al día? Sí  No   
 ¿Está su niño(a) tomando alguna medicina ahora? Sí  No

De ser así, de qué tipo y por qué:

¿Tiene su niño(a) alergias? Sí  No  Explique:

¿Tiene su niño(a) un diagnóstico médico? Sí  No   
En ese caso, ¿cuál es?

¿Ha visto su niño (a) a cualquier médico especialista?  
Sí  No   
De ser así, quién y qué tipo:

¿Han hospitalizado a su niño (a)? Sí  No   
Por favor díganos cuando y por qué:

Háblenos sobre la visión y audición de su niño (a):  
 ¿Le han evaluado la audición a su niño(a)? Sí  No   
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene Ud. preocupaciones sobre la audición de su niño(a)?  
 Sí  No  Explique:

¿Le han evaluado la visión a su niño(a)? Sí  No   
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene Ud. preocupaciones sobre la visión de su niño(a)?  
 Sí  No  Explique:

Háblenos sobre las costumbres de dormir y de comer de su niño(a):  
 Describa las costumbres de dormir de su niño (hora de acostarse, siestas, cuántas horas duerme):

Describa lo que acostumbra comer o lo que prefiere su niño:

**Su información de seguro:**

**Medicaid (Título XIX)**

Medicaid HMO  Sí  No  Pendiente  
Grupo \_\_\_\_\_

CMS  Sí  No  Pendiente

Enfermera CMS Encargada Del Caso: \_\_\_\_\_

Medicaid Medipass  Sí  No  Pendiente

SSI  Sí  No  Pendiente

# Medicaid: \_\_\_\_\_

Comentarios/Cambios: \_\_\_\_\_

KidCare/MediKids  Sí  No  Pendiente

CMS (Título XXI)  Sí  No  Pendiente

Seguro Privado:  Sí  No

Tipo:  HMO  PPO

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

# Póliza/Individual \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

Proveedor Primario Del Cuidado médico: \_\_\_\_\_

**Evaluación del desarrollo de su niño (a)** (Llene solamente para el IFSP inicial)

Se hizo una evaluación del desarrollo? Sí  No  De ser así, por favor indique qué herramientas/métodos utilizados:

Pauta de desarrollo (especifique)  Informe de los padres  observación  Revisión de expediente

Edades & Etapas  Otro: \_\_\_\_\_ Idioma usado: \_\_\_\_\_

¿Sugiere la antedicha información un posible retraso o preocupación sobre el desarrollo en cualquiera de las siguientes áreas?  Movimientos finos  Movimientos gruesos  Comunicación  Conocimiento  Social-emocional  Hhabilidades de auto-ayuda/adaptantes

Comentarios: \_\_\_\_\_

Describe otra información sobre la salud o desarrollo de su niño(a), y/o el historial médico de la familia que pueda ser importante que el equipo sepa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
# de Identificación \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha IFSP: \_\_\_\_\_  
Coordinador de servicio \_\_\_\_\_

**Formulario C: Las rutinas/preocupaciones/prioridades/recursos de su familia**

Página \_\_\_\_ del Formulario C

Fecha que se obtuvo esta Información: \_\_\_\_\_

<p><b>Familia:</b> ¿Quiénes viven en su hogar? Por favor incluya los nombres y parentesco. Incluya la edad y el género de los niños.</p>
<p><b>Rutinas diarias:</b> ¿En qué consisten las actividades diarias de su niño y de la familia? ¿Dónde pasa el día su niño? ¿Con quién interactúa de costumbre su niño? (Incluya las actividades, rutinas y juguetes favoritos de su niño.) ¿Qué actividades, rutinas y lugares presentan dificultades para su niño y la familia?</p>
<p><b>Asuntos que preocupan a la familia:</b> ¿Cuáles inquietudes tiene respecto al desarrollo de su niño y otros desafíos que se le plantean a la familia? Las dudas e inquietudes sobre su niño pueden incluir temas tales como alimentación/nutrición (<i>tales como aumento o pérdida de peso, dificultades con la comida, dietas especiales o equipo para alimentación, hábitos de la eliminación</i>), sueño, juego, comunicación, conducta, salud, transporte, comida/vivienda, etc.</p>
<p><b>Prioridades:</b> ¿En cuáles de las inquietudes que indicó anteriormente quisiera concentrarse primero? ¿De qué forma espera que <i>Early Steps</i> pueda ayudarlo?</p>
<p><b>Amigos/Apoyos/Recursos:</b> Cuando precisa ayuda, ¿a quién recurre y de qué forma lo ayudan? ¿Con qué tipo de recursos cuenta para cubrir las necesidades de su familia? Estos pueden incluir fortalezas de la familia, personal para la atención de los niños, transporte y recursos financieros.</p>

Recomendaciones para la evaluación /Actualizaciones del Equipo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha IFSP: \_\_\_\_\_  
 # de Identificación \_\_\_\_\_ Coordinador de servicio \_\_\_\_\_

**Formulario D: Información de la determinación de elegibilidad de su niño** Página \_\_\_\_ del Formulario D  
 (Llena el Formulario D Solamente por el IFSP inicial)

*Para el primer IFSP de su niño(a), se puede completar una evaluación con su niño(a) para determinar elegibilidad, antes o durante la evaluación. La información sobre la elegibilidad se registrará en esta página.*

Fecha de la evaluación (si se realizó): \_\_\_\_\_ Edad cronológica: \_\_\_\_\_ Edad corregida: \_\_\_\_\_ idioma usado: \_\_\_\_\_

Métodos de evaluación:  Pruebas administradas: \_\_\_\_\_

Informe de los padres  Observación profesional  Información/fuente colateral: \_\_\_\_\_

Resultados sobre evaluación de elegibilidad	Resultados
<b>Usando manos y cuerpo</b> (Destrezas de movimiento Grueso/Fino) Comentarios:	
<b>Comer, Vestirse, y Bañarse</b> (Habilidades de auto-ayuda/adaptantes) Comentarios:	
<b>Expresando y respondiendo a sensaciones y conviviendo con los demás</b> (Social/Emocional) Comentarios:	
<b>Jugando, Pensando, Explorando</b> (Habilidades Académicas/Cognitivas incluyendo destrezas de pre-alfabetización) Comentarios:	
<b>Comprensión y comunicación</b> (Comunicación Receptiva y Expresiva) Comentarios:	

**Firmas del equipo de evaluadores**

- El equipo de determinación de elegibilidad es el mismo que el equipo de evaluación. Vea el Formulario E para las firmas.
- El equipo de determinación de elegibilidad es distinto al equipo de evaluación. Firme abajo.

**Evaluador:** \_\_\_\_\_ **Disciplina:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**Evaluador:** \_\_\_\_\_ **Disciplina:** \_\_\_\_\_ **Firma :** \_\_\_\_\_

**Evaluador:** \_\_\_\_\_ **Disciplina:** \_\_\_\_\_ **Firma :** \_\_\_\_\_

**Determinación de elegibilidad**

- Reúne los requisitos para **Early Steps** (Parte C: Intervención Temprana) basada en la siguiente:
  - Condición establecida de: \_\_\_\_\_
  - Retraso del desarrollo en área(s) de: \_\_\_\_\_
- No reúne los requisitos para **Early Steps** (Parte C: Intervención Temprana) según las evaluaciones completadas en este día y el IFSP no necesita efectuarse. El equipo de evaluación hace las siguientes recomendaciones a la familia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
# de Identificación \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha IFSP: \_\_\_\_\_  
Coordinador de servicio \_\_\_\_\_

**Formulario E: Información sobre la evaluación de su niño (a)**

Página \_\_\_\_ del Formulario E

*Se completó una evaluación del desarrollo con su niño (a) y/o Información sobre evaluación se obtiene continuamente. Esta información nos ayuda a entender las destrezas de desarrollo de su niño (a), así como algunas de las cosas que presentan retos para su niño(a) y que pueden afectar la manera como él/ella participa en las actividades de la familia y de la comunidad.*

Fecha de la Evaluación: \_\_\_\_\_ Edad Cronológica: \_\_\_\_\_ Edad Ajustada: \_\_\_\_\_ Idioma usado: \_\_\_\_\_

Métodos de Evaluación:  Pruebas administradas: \_\_\_\_\_

Informe de los padres: \_\_\_\_\_  Observación profesional  Información/fuente colateral: \_\_\_\_\_

**Resumen del Estado Actual: Capacidades, destrezas, y necesidades**

<b>Usando las manos y el cuerpo (Destrezas de movimientoGruoso/Fino)</b>	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que no nos gustan y para las cuales necesitamos ayuda:
<b>Comer, Vestirse, y Bañarse (Habilidades de auto-ayuda/adaptantes)</b>	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que no nos gustan y para las cuales necesitamos ayuda :
<b>Expresando y respondiendo a emociones y conviviendo con los demás (Social/Emocional)</b>	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que no nos gustan y para las cuales necesitamos ayuda :
<b>Jugando, Pensando, Explorando (Habilidades Académicas/Cognitivas incluyendo destrezas de pre-alfabetización)</b>	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien::	Cosas que no nos gustan y para las cuales necesitamos ayuda :
<b>Comprensión y comunicación (Comunicación Receptiva y Expresiva)</b>	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que no nos gustan y para las cuales necesitamos ayuda :

**Condición de la Visión y del Oído:** \_\_\_\_\_

**Observaciones/Comentarios:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Asesor: \_\_\_\_\_ Disciplina: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Asesor: \_\_\_\_\_ Disciplina: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Asesor: \_\_\_\_\_ Disciplina: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
# de Identificación \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha IFSP: \_\_\_\_\_  
Coordinador de servicio \_\_\_\_\_

**Formulario F: Resultados de su familia**

**Página \_\_\_\_ del Formulario F**

**RESULTADO #:** ¿Qué desearía usted que suceda para su niño y su familia a raíz de los apoyos y servicios de *Early Steps*?

**OBJETIVOS, CRONOGRAMA Y CRITERIOS DE PROGRESO:** ¿Cuándo repasaremos el progreso hacia este resultado y cómo notaremos el progreso?

**ESTRATEGIAS:** ¿Quién va a hacer qué dentro de las rutinas diarias las actividades de su niño(a), y los lugares donde va para alcanzar este resultado?

Nombre: \_\_\_\_\_  
# de Identificación \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Fecha IFSP: \_\_\_\_\_  
Coordinador de servicio \_\_\_\_\_

**Formulario G: Los Apoyos y Servicios de su Familia**

Página \_\_\_\_ del Formulario G

Servicios autorizados por el equipo del Plan de apoyo familiar individualizado (IFSP, por las siglas en inglés) para ocuparse de los objetivos identificados para la familia/niño.

Fecha	Servicio	# de resultado	Unidades	Frecuencia, Intensidad, Grupo (G) o Individual (I)	Información sobre el Proveedor (Nombre/Agencia) *Indica el Proveedor de Servicio Primario (PSP)	Código de Localización	Ambiente Natural S / N	Período de Autorización Inicio Fin	Pagador del Servicio

**Código de Localización** 1=Casa 3=Hospital 4=Escuela 5=Centro de Cuidado Infantil 6=Otro 7=Clínica 8=Instalación Residencial 9=Clase  
Intervención Temprana A=Agencia Comunitaria F=Casa de Cuidado Familiar P=Lugar Público Código de Servicio (opcional): Vea el documento de instrucciones para el IFSP

**Justificación para Ambiente Natural:** Las ayudas y los servicios que se proporcionan a su niño(a) deben proporcionarse en un ambiente natural o típicos para los niños (as) de su edad (ambientes naturales). Si, cómo equipo, decidimos que no podemos proveer un servicio en el ambiente natural, necesitamos explicar como llegamos a esta decisión: \_\_\_\_\_

**Complete sólo para las sesiones de intervención temprana:**

Para los siguientes campo(s):  Motricidad fina  Motricidad gruesa  Comunicación  Cognitivo  Socioemocional  
 Destrezas de adaptación y autosuficiencia

Las sesiones de intervención temprana son:  Individuales (Código de procedimiento de Medicaid T1027SC)  Grupales (Código de procedimiento de Medicaid T1024TTHN)

Código(s) ICD9 Descripción (descripciones) ICD9

**Modificaciones a los servicios**

Entiendo que el Formulario G constituye una notificación previa sobre la propuesta de servicios nuevos, modificados o cancelados según se describe anteriormente, y comprendo la(s) razón (razones) por la(s) que se toma(n) esta(s) medida(s).

He recibido una copia y una explicación de mis salvaguardias procesales.

\_\_\_\_\_ (Firma de Padres/Guardián) Fecha: \_\_\_\_\_

**OTROS SERVICIOS:** Además de los servicios del programa Early Steps enumerados anteriormente, usted ha identificado que su hijo y su familia reciben o que les gustaría recibir asistencia para acceder a los siguientes servicios, tales como servicios médicos especializados, o aquellas actividades o servicios que usted elija de forma independiente a aquéllos autorizados por el equipo del IFSP.

Service/Activity	Activities/Steps Needed	Timeline	Nombre del proveedor/agencia

Nombre: \_\_\_\_\_  
# de Identificación \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha IFSP: \_\_\_\_\_  
Coordinador de servicio \_\_\_\_\_

**Formulario H: Su equipo del plan individualizado de apoyo para la familia**

Página \_\_\_\_ del Formulario H

Mi familia y las personas siguientes participaron en el desarrollo de este IFSP y/o ayudarán a implementarlo.

Nombre en letra de molde	Posición/ Papel	Dirección	Teléfono	Participante del IFSP (Inicial)	Recibe Copia del IFSP (Inicial de la Familia)
	Padres				
	Coordinador de Servicio				
	Proveedor Primario de Servicio				
	Proveedor Primario del Cuidado de Salud				

Cuando un especialista del desarrollo de infantes y niños pequeños (ITDS, por las siglas en inglés) se encuentra brindando servicios, el ITDS y el (los) profesional(es) licenciado(s) de atención médica deben firmar y fechar el Formulario H, indicando que el IFSP/Plan de Cuidado ha sido un trabajo conjunto y que se le ha proporcionado dirección y apoyo en persona al ITDS.

**Yo/Nosotros he/hemos recibido lo siguiente:**

- Copia de Salvaguardias Procesales Para La Parte C o Parte B de IDEA, según corresponde, y estos derechos y salvaguardias me han sido explicados
- Copia del folleto de *Early Steps* con el número de teléfono del Directorio Central (IFSP inicial solamente)
- Explicación del procedimiento para solicitar un nuevo coordinador de servicios
- Explicación sobre los procedimientos para someter quejas de Early Steps
- Copia del plan individualizado de apoyo para la familia o entiendo/entendemos que me/nos será enviada en un plazo de 15 días.

**Autorización con conocimiento de causa por padre o tutor legal**

- He participado plenamente en el desarrollo de este plan.
- He dado mi permiso para todos los servicios descritos en este Plan Individualizado de Apoyo Familiar (IFSP) que se proveerán tal como está escrito.
- No doy permiso para que se proporcione(n) el(los) servicio(s) siguiente(s) como se describen en este IFSP, sin embargo, yo doy permiso para que se proporcione el resto de los servicios descritos en este IFSP: \_\_\_\_\_
- Doy permiso para que las copias de este plan sean divulgadas al (los) individuo(s) arriba señalado según lo indican iniciales al lado de cada nombre.

\_\_\_\_\_  
Firma/Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre: \_\_\_\_\_  
# de Identificación \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha IFSP: \_\_\_\_\_  
Coordinador de servicio \_\_\_\_\_

**Formulario I: El plan de transición de su familia**

Página \_\_\_\_ del Formulario I

<b>Pasos de planificación de la transición</b>		
1. <b>Planificación inicial de la transición:</b> Como parte de una reunión de IFSP, el equipo de IFSP discutió lo siguiente con nosotros:		
a. Opciones de programas disponibles en la comunidad (por ejemplo la escuela del distrito local, Escuela de Temprana Edad, <i>Head Start</i> , Agencia para personas Discapacitadas, otros programas de cuidado temprano y educación, etc.) se discutieron con nosotros. En este momento, estamos interesados en las opciones siguientes:		
b. Hemos discutido nuestras preocupaciones específicas así como las destrezas y la preparación que necesitará nuestro (a) niño (a) para que sea exitoso (a) en un nuevo ambiente. Preocupaciones: _____ Estrategias para Tratar Preocupaciones (escriba los resultados relevantes en el formulario F): _____		
c. Hemos programado la Conferencia de Transición y alistados los participantes posibles que queríamos invitar. Participantes Posibles / Fecha / Tiempo: _____		
2. <b>Remisión:</b> El coordinador de servicio, con nuestro consentimiento, hace una remisión formal al distrito escolar y/o otras agencias y proveedores comunitarios que escogemos, y envía un “paquete” de transición. (Esto puede ocurrir antes, durante o después de la Conferencia de Transición.) Fecha de Remisión: _____ Agencia: _____ Fecha de Remisión: _____ Agencia: _____		
3. <b>Conferencia de Transición</b> (no menos de 90 días y no más de 9 meses antes del 3er aniversario de su hijo (a)): La Conferencia de Transición se tuvo al mismo tiempo con la primera entrevista de nuestro hijo (a) con IFSP, si posible. En esta entrevista, se nos proporcionó información sobre la manera en que la escuela del distrito ofrece servicios a niños (as) en clases pre-infantiles con discapacidad, incluso el proceso de evaluación / elegibilidad del distrito y como el Plan Educativo Individualizado (IEP) está desarrollado. También, se proporcionó información sobre otras agencias/proveedores comunitarios que habíamos pedido. Tuvimos la oportunidad de hacer preguntas y discutir cualquier nueva inquietud sobre la transición que viene. Conferencia de Transición Fecha: _____		
a. A continuación están nuestras nuevas preocupaciones y las estrategias que discutíamos: Preocupaciones _____ Estrategias para abordar preocupaciones (escriba los resultados correspondientes en el formulario F): _____		
b. Hemos determinado que estas actividades adicionales (por ejemplo, visitas a agencias y programas, visitas de colocación, inscripción, inmunizaciones, asuntos de transporte, tecnología asistiva, etc.) necesitan terminarse antes que nuestro niño (a) entre al nuevo ambiente: Actividad: _____ Personas Involucradas: _____ Plazo: _____		
Hemos atendido la conferencia de transición y desarrollado este plan de transición. Nos proporcionaron y explicaron nuestros derechos durante la transición.		
_____ Padres/Tutor legal	_____ Padres/Tutor legal	_____ Fecha
Hemos atendido la Conferencia de Transición y desarrollado este plan de transición.		
_____ Coordinador de Servicios Título	_____ Miembro del Equipo IFSP/ Título	_____ Representante/ del Distrito Escolar/
_____ Representante de la Agencia de la Comunidad /Título	_____ Miembro del Equipo IFSP/Título	_____ Otro/Título

