



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 nombre Conocido como

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 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 Creole 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 para la Revisión de 6-meses del IFSP: _____

Fecha del IFSP provisional: _____

Fecha en que se efectuó la revisión de 6-meses del IFSP: _____

Fecha el IFSP inicial: _____

Fecha límite para el IFSP anual : _____

Fecha del IFSP actual : _____

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

Página ____ del Formulario B

Fecha(s) en que se obtiene esta Información:

Edad cronológica:

Háblenos sobre la salud de su niño (a):

¿Nació su niño(a) a término completo? Sí No
¿A cuántas semanas? _____ Peso al nacer: _____
Ultima 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/PSN 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)

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: 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: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del IFSP: _____
de Identificación: _____ Coordinador de Servicios: _____

Formulario C: Las rutinas/preocupaciones/prioridades/recursos de su familia Página ____ del Formulario C

Fecha que se obtuvo esta Información: _____

Familia: ¿Quiénes viven en su hogar? Por favor incluya los nombres y parentesco. Incluya la edad y el género de los niños.

Rutinas diarias: ¿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 en dificultades para su niño y la familia?

Asuntos que preocupan a la familia: ¿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 (*tales como aumento o pérdida de peso, dificultades con la comida, dietas especiales o equipo para alimentación, hábitos de la eliminación*), sueño, juego, comunicación, conducta, salud, transporte, comida/vivienda, etc.

Prioridades: ¿En cuáles de las inquietudes que indicó anteriormente quisiera concentrarse primero? ¿De qué forma espera que Early Steps pueda ayudarlo?

Amigos/Apoyos/Recursos: 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.

Recomendaciones para la evaluación /Actualizaciones del Equipo: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del IFSP: _____
 # de Identificación: _____ Coordinador de Servicios: _____

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: _____ idioma usado: _____

Métodos de evaluación: Pruebas administradas: _____

Informe de los padres Observación profesional Información/fuente colateral: _____

Resultados sobre evaluación de elegibilidad	Resultados
Usando manos y cuerpo (Destrezas de movimiento Grueso/Fino) Comentarios:	
Comer, Vestirse, y Bañarse (Habilidades de auto-ayuda/adaptantes) Comentarios:	
Expresando y respondiendo a sensaciones y conviviendo con los demás (Social/Emocional) Comentarios:	
Jugando, Pensando, Explorando (Habilidades Académicas/Cognitivas incluyendo destrezas de pre-alfabetización) Comentarios:	
Comprensión y comunicación (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: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del IFSP: _____
 # de Identificación: _____ Coordinador de Servicios: _____

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: _____ Idioma usado: _____

Métodos de Evaluación: Pruebas administradas: _____

Informe de los padres: _____ Observación profesional Información/fuente colateral: _____

Resumen del Estado Actual: Capacidades, destrezas, y necesidades

Usando las manos y el cuerpo (Destrezas de movimiento Grueso/Fino)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:
Comer, Vestirse, y Bañarse (Habilidades de auto-ayuda/adaptantes)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:
Expresando y respondiendo a emociones y conviviendo con los demás (Social/Emocional)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:
Jugando, Pensando, Explorando (Habilidades Académicas/Cognitivas incluyendo destrezas de pre-alfabetización)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:
Comprensión y comunicación (Comunicación Receptiva y Expresiva)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:

Condición de la Visión y del Oído: _____

Observaciones/Comentarios: _____

Asesor: _____ Disciplina: _____ Firma: _____

Asesor: _____ Disciplina: _____ Firma: _____

Asesor: _____ Disciplina: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del IFSP: _____
de Identificación: _____ Coordinador de Servicios : _____

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 : _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del IFSP: _____

de Identificación: _____ Coordinador de Servicios : _____

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/ Disciplina/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 or T1027HM)
 Grupales (Código de procedimiento de Medicaid T1027TTSC or T1027TTHM)
 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. (*Resumen de los derechos de la familia*).
 (Firma de Padres/Guardián): _____ Fecha: _____
 =====
Consentimiento para Servicios para los niños en custodia del Departamento de Niños y Familias (DCF) en el capítulo 39 FS:
 Doy mi consentimiento para atención médica y tratamiento por 743.0645 FS y se modificado en este IFSP

 Trabajador Social DCF / Designado Firma _____ Título _____ 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.

Servicio/actividad	Actividades/medidas necesarias	Plazo	Nombre del proveedor/agencia

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del IFSP: _____

de Identificación: _____ Coordinador de Servicios: _____

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 * Indica un profesional de cuidados de la salud (LHCP) que proporcione instrucciones y apoyo para especialistas en desarrollo de bebés y niños pequeños (ITDS), si corresponde	Participante del IFSP (Inicial)	Posición/ Papel	Dirección	Teléfono	Recibe Copia del IFSP (Inicial de la Familia)
		Padres			
		Coordinador de Servicio			
		Proveedor Primario de Servicio			
		Proveedor Primario del Cuidado de Salud			

Yo/Nosotros he/hemos recibido lo siguiente:

- Copia de Salvaguardias Procesales (*Resumen de los derechos de la familia*) Para La Parte C o Parte B de IDEA, según Corresponde, y estos derechos y salvaguardias me han sido explicados
- Explicación del procedimiento para solicitar un nuevo coordinador de servicios
- Copia del folleto de Early Steps con el número de teléfono del Directorio Central (IFSP inicial solamente)
- 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/Padre/Guardián

Parentesco

Fecha

Consentimiento para Servicios de para los niños en custodia del Departamento de Niños y Familias (DCF) en el capítulo 39 FS:

- Doy mi consentimiento para atención médica y tratamiento por 743.0645 FS y se describen en este IFSP

Trabajador Social DCF / Designado Firma

Título

Fecha

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del IFSP: _____
 # de Identificación: _____ Coordinador de Servicios : _____

Formulario I: Plan de Transición para su Familia

Página ____ del Formulario I

Pasos para la planificación de la transición (marque todas las casillas que correspondan)

1. Notificación:

- a. Se proporcionó el folleto *Understanding Notification* (Entender la notificación). Fecha en que se proporcionó: _____
- b. La familia optó por excluirse de la notificación. Fecha: _____
- c. Se proporcionó notificación al distrito escolar. Fecha en que se proporcionó: _____

2. Opciones de programas:

- a. Se analizaron las opciones de programas disponibles dentro de la comunidad (p. ej., distrito escolar local, *Head Start*, Agencia para personas con discapacidades, otros programas de cuidados tempranos, etc.).
- b. En este momento, la familia está interesada en las siguientes opciones:

3. Remisión:

- Con el consentimiento de la familia, se proporcionó un paquete de remisión al distrito escolar y/o a otras agencias y proveedores comunitarios del siguiente modo:
 - a. Agencia/programa al que se lo remite al niño: _____ Fecha de remisión: _____
 - b. Agencia/programa al que se lo remite al niño: _____ Fecha de remisión: _____

4. Conferencia sobre la transición:

Fecha de la conferencia: _____

- a. Se analizaron las inquietudes de la familia relacionadas con la transición. Esas inquietudes se indican a continuación. Si no se presentan inquietudes, indicar "ninguna".
- b. Enumerar las actividades para abordar las inquietudes anteriores, si corresponde.
- c. Se proporcionó información al distrito escolar con respecto a los servicios para niños con discapacidades en etapa anterior al jardín de infantes. Esta información debería incluir el proceso de evaluación/elegibilidad del distrito y el modo en que se desarrolla el Plan Educativo Individual (IEP, por sus siglas en inglés).
Comentario: _____
- d. Servicios/actividades para respaldar la transición de nuestro hijo en un nuevo ambiente/entorno: (Visitas a la agencia/programa, capacitación para padres, problemas de transporte, necesidades tecnológicas de asistencia, inmunizaciones, evaluaciones adicionales requeridas, etc.)

Servicios/actividades

Persona(s) involucrada(s)

Horario(s)

Asistimos a la conferencia sobre la transición y participamos en el desarrollo de este plan de transición. Proporcionamos el consentimiento para los pasos y servicios relacionados con la transición.

Padre/Tutor

Padre/Tutor

Fecha

Asistimos a la conferencia sobre la transición y participamos en el desarrollo de este plan de transición.

Coordinador del Servicio

Miembro del Equipo del IFSP/Cargo

Local Distrito Escolar Representante/Cargo

Representante Comunitario/Agencia/Cargo

Miembro del Equipo del IFSP/Cargo

Otro/Cargo

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del IFSP: _____
 # de Identificación: _____ Coordinador de Servicios: _____

Formulario J: El informe periódico del Plan de apoyo familiar individualizado de su familia **Página ____ del Formulario J**

Resultado #	Fecha de la Revisión	Describe el progreso / la Modificación (Si estas modificaciones resultan en un cambio de servicio, por favor llene la información del Formulario G)	Estatus (marque uno)
			<input type="checkbox"/> Resultado alcanzado <input type="checkbox"/> Resultado nuevo desarrollado (# ____) <input type="checkbox"/> Resultado continúa <input type="checkbox"/> Resultado modificado
			<input type="checkbox"/> Resultado alcanzado <input type="checkbox"/> Resultado nuevo desarrollado (# ____) <input type="checkbox"/> Resultado continúa <input type="checkbox"/> Resultado modificado
			<input type="checkbox"/> Resultado alcanzado <input type="checkbox"/> Resultado nuevo desarrollado (# ____) <input type="checkbox"/> Resultado continúa <input type="checkbox"/> Resultado modificado
			<input type="checkbox"/> Resultado alcanzado <input type="checkbox"/> Resultado nuevo desarrollado (# ____) <input type="checkbox"/> Resultado continúa <input type="checkbox"/> Resultado modificado
			<input type="checkbox"/> Resultado alcanzado <input type="checkbox"/> Resultado nuevo desarrollado (# ____) <input type="checkbox"/> Resultado continúa <input type="checkbox"/> Resultado modificado
			<input type="checkbox"/> Resultado alcanzado <input type="checkbox"/> Resultado nuevo desarrollado (# ____) <input type="checkbox"/> Resultado continúa <input type="checkbox"/> Resultado modificado

Firmas de los miembros del equipo

Escriba el nombre/credenciales en letra de imprenta <i>* Indica un profesional de cuidados de la salud (LHCP) que proporcione instrucciones y apoyo para especialistas en desarrollo de bebés y niños pequeños (ITDS), si corresponde</i>	Firma	Fecha