|  |
| --- |
| Ifsp DocPrograma de Infantes y Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte Plan de Servicio Familiar Individualizado - IFSP |

|  |
| --- |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del niño:**       | **Género:**       |
| **Fecha de nacimiento:**       | **Fecha de remisión:**       |
| **Tipo y fecha del IFSP:**       | **Fecha de la firma del IFSP:**       |
| **Nombre del padre:**       | **Nombre del padre:**       |
| **Correo electrónico del padre:**       | **Correo electrónico del padre:**       |
| **Teléfono del padre:**       | **Teléfono del padre:**        |
| **Idioma del padre:**       | **Idioma del niño:**       |
| **Dirección del niño:**       | **Condado:**       |
| **Agencia de educación local / Unidad de Escuelas Públicas** **(LEA/PSU, por sus siglas en inglés):**      **Fecha de envío de la notificación de la LEA/PSU:**       | **Coordinador/a de servicios:**       |

 |

|  |
| --- |
| I. EQUIPO DEL PLAN DE SERVICIO FAMILIAR INDIVIDUALIZADO (IFSP, por sus siglas en inglés)(Añadir nombre, función, e información de contacto de cada miembro del equipo)      |

|  |
| --- |
| II. PREOCUPACIONES DE LA FAMILIA, PRIORIDADES Y RECURSOSLas preocupaciones y prioridades de su familia relacionadas con el funcionamiento y el aprendizaje de su hijo son el enfoque del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) de su familia, incluidos los objetivos o las metas. La información que elija proporcionar sobre las fortalezas, los recursos y los apoyos de su familia es muy importante y útil, ya que todos trabajamos juntos para lograr los resultados deseados para su hijo y su familia. |
| **Fecha en que se completó la evaluación familiar:**      **Participantes y miembros del equipo:**      **Nombre de las herramientas de evaluación dirigidas por la familia:**      **Área de preocupación de la familia:**      **Prioridades de la familia:**      **Fortalezas y recursos que ayudan a satisfacer las necesidades de su hijo y su familia:**      **Información adicional:**       |

|  |
| --- |
| III. HABILIDADES Y DESTREZAS ACTUALES DE SU HIJOEsta sección del IFSP proporciona un resumen de las fortalezas y necesidades de su hijo, las personas, los lugares y las cosas que le interesan y motivan, y lo que le gusta o le disgusta. La Agencia de Servicios de Desarrollo Infantil (CDSA, por sus siglas en inglés) utilizó varios métodos para observar el desarrollo de su hijo: pruebas estandarizadas, revisión del expediente, observación clínica e informe de los padres. La información que recopilamos nos informa sobre las habilidades y comportamientos que su hijo ha desarrollado hasta ahora y cómo su hijo combina y utiliza estas habilidades y comportamientos para participar en las actividades diarias. |
| **Fecha de evaluación / valoración:**       | **Instrumentos de evaluación:**       |
| **Evaluador:**       | **Método de evaluación:**       |
| **Edad cronológica del niño en el momento de la evaluación:**       | **Edad ajustada:**       |
| **Personas presentes (enumere al intérprete, si está presente):**       |
| **RESUMEN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL NIÑO:** resumen del estado de salud del niño basado en la revisión de los expedientes pertinentes y/o el informe de los padres, que puede incluir, el historial de nacimiento del niño, afecciones o diagnósticos médicos, enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos, estado de la vista y la audición u otra información.  |
| **Retraso en el desarrollo:** Select Y/N | **Afección establecida:** **Select Y/N** |
| **Opinión clínica fundamentada:Select Y/N** | **Subcategoría de condición establecida:**Select from list |
| **Cualquier información adicional sobre el desarrollo de su hijo que sea importante para planificar y brindar apoyo a su hijo y su familia.** |       |

|  |
| --- |
| Resumen de los resultados de las pruebas |
| **Área de desarrollo** | **Puntaje estándar** |
| **Comunicación / Lenguaje (receptivo y expresivo)** | **Combinado:**      **Expresivo:**      **Receptivo:**       |
| **Aprendizaje cognitivo / Aprendizaje temprano** |  |
| **Desarrollo físico (motricidad gruesa y motricidad fina)** | **Combinado:**      **Gruesa:**      **Fina:**       |
| **Socioemocional** |       |
| **Adaptativo / Autoayuda** |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultados del desarrollo infantil - Inicial****Resumen de resultados del niño (COS, por sus siglas en inglés) Fecha en que se completó:** | **Cosas que su hijo puede hacer** | **Próximos pasos** |
| Habilidades socioemocionales positivas (incluyendo las relaciones sociales) (relacionarse con adultos y otros niños, mostrar emociones y sentimientos apropiados para la edad, cooperar en las rutinas diarias)  |       |       |
| ¿Cómo están las habilidades y comportamientos de su hijo ahora? | Choose an item. |
| Adquirir y utilizar conocimientos y habilidades (habilidad para pensar y resolver problemas a través del juego, comunicarse, desarrollar interés en los libros) |       |       |
| ¿Cómo están las habilidades y comportamientos de su hijo ahora? | Choose an item. |
| Tomar las medidas apropiadas para satisfacer sus necesidades(aprender a cuidarse a sí mismo, usar las manos y los dedos en el juego y las actividades de la vida diaria, moverse de forma independiente, usar el lenguaje para expresar deseos y necesidades) |       |       |
| ¿Cómo están las habilidades y comportamientos de su hijo ahora? | Choose an item. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultados del desarrollo infantil - En cursoResumen de resultados del niño (COS) Fecha en que se completó:**  | **Cosas que su hijo puede hacer** | **Próximos pasos** |
| Habilidades socioemocionales positivas (incluyendo las relaciones sociales)(relacionarse con adultos y otros niños, mostrar emociones y sentimientos apropiados para la edad, cooperar en las rutinas diarias) |       |       |
| Adquirir y utilizar conocimientos y habilidades(habilidad para pensar y resolver problemas a través del juego, comunicarse, desarrollar interés en los libros)  |       |       |
| Tomar las medidas apropiadas para satisfacer sus necesidades(aprender a cuidarse a sí mismo, usar las manos y los dedos en el juego y las actividades de la vida diaria, moverse de forma independiente, usar el lenguaje para expresar deseos y necesidades)  |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultados del desarrollo infantil - Al salirResumen de resultados del niño (COS) Fecha en que se completó:**  | **Cosas que su hijo puede hacer**  | **Próximos pasos** |
| Habilidades socioemocionales positivas (incluyendo las relaciones sociales)(relacionarse con adultos y otros niños, mostrar emociones y sentimientos apropiados para la edad, cooperar en las rutinas diarias) |       |       |
| ¿Cómo están las habilidades y comportamientos de su hijo ahora? | Choose an item. |
| ¿El niño ha mostrado nuevas habilidades o comportamientos relacionados con la adquisición y el uso de conocimientos y habilidades desde el último resumen de resultados?Select Y/N |       |
| Adquirir y utilizar conocimientos y habilidades(habilidad para pensar y resolver problemas a través del juego, comunicarse, desarrollar interés en los libros)  |       |       |
| ¿Cómo están las habilidades y comportamientos de su hijo ahora? | Choose an item. |
| ¿Ha mostrado el niño nuevas habilidades o comportamientos relacionados con habilidades socioemocionales positivas (incluyendo las relaciones sociales positivas) desde el último resumen de resultados?Select Y/N |       |
| Tomar las medidas apropiadas para satisfacer sus necesidades(aprender a cuidarse a sí mismo, usar las manos y los dedos en el juego y las actividades de la vida diaria, moverse de forma independiente, usar el lenguaje para expresar deseos y necesidades) |       |       |
| ¿Cómo están las habilidades y comportamientos de su hijo ahora? | Choose an item. |
| ¿Ha mostrado el niño alguna habilidad o comportamiento nuevo relacionado con tomar las medidas apropiadas para satisfacer sus necesidades desde el último resumen de resultados? Select Y/N |       |

|  |
| --- |
| Evaluación de especialidadEsta sección del IFSP proporciona información que será útil para determinar los apoyos y servicios que son más apropiados para satisfacer las necesidades específicas del niño. Enumere a las personas involucradas en la evaluación, los procedimientos, los resultados y las fortalezas y necesidades únicas del niño. Incluya todos los ámbitos del desarrollo si se trata de una evaluación inicial del niño. |
| **Descripción de la evaluación / valoración:**       |
| **Nombre y disciplina del evaluador:**       |
| **Resumen:**       |
| **Descripción de la evaluación / valoración:**       |
| **Nombre y disciplina del evaluador:**       |
| **Resumen:**       |

|  |
| --- |
| **IV. RESULTADOS DEL IFSP**Los resultados deben ser medibles y reflejar los cambios que a la familia le gustaría que sucedieran para ellos y para su hijo.  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultado número:**       | **Objetivo:** Choose an item. | **Fecha del objetivo:**       |

 |
| **Descripción del resultado** (¿Qué le gustaría a usted y a su familia que sucediera para su hijo y/o familia en los próximos seis meses?):       |
| **Estrategias y actividades** (¿Cuáles son las formas en que su familia y equipo trabajarán para lograr este resultado? ¿Quién ayudará y qué harán?)      |
| **¿Qué está sucediendo ahora?** (¿Qué está pasando ahora en relación con este resultado?)       |
| **Criterios para medir el progreso** (¿Cómo sabremos que hemos progresado o si se necesitan revisiones de los resultados, estrategias o servicios?)       |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha de inicio:**       | **Fecha de revisión:**       | **Estatus del resultado:**       |

 |
| **Revisión de resultados:**       |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultado número:**       | **Objetivo:** Choose an item. | **Fecha del objetivo:**       |

 |
| **Descripción del resultado** (¿Qué le gustaría a usted y a su familia que sucediera para su hijo y/o familia en los próximos seis meses?):       |
| **Estrategias y actividades** (¿Cuáles son las formas en que su familia y equipo trabajarán para lograr este resultado? ¿Quién ayudará y qué harán?)       |
| **¿Qué está sucediendo ahora?** (¿Qué está pasando ahora en relación con este resultado?)       |
| **Criterios para medir el progreso** (¿Cómo sabremos que hemos progresado o si se necesitan revisiones de los resultados, estrategias o servicios?)       |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha de inicio:**       | **Fecha de revisión:**       | **Estatus del resultado:**       |

 |
| **Revisión de resultados:**       |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultado número:**       | **Objetivo:** Choose an item. | **Fecha del objetivo:**       |

 |
| **Descripción del resultado** (¿Qué le gustaría a usted y a su familia que sucediera para su hijo y/o familia en los próximos seis meses?):      |
| **Estrategias y actividades** (¿Cuáles son las formas en que su familia y equipo trabajarán para lograr este resultado? ¿Quién ayudará y qué harán?)       |
| **¿Qué está sucediendo ahora?** (¿Qué está pasando ahora en relación con este resultado?)       |
| **Criterios para medir el progreso** (¿Cómo sabremos que hemos progresado o si se necesitan revisiones de los resultados, estrategias o servicios?)       |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha de inicio:**       | **Fecha de revisión:**       | **Estatus del resultado:**       |

 |
| **Revisión de resultados:**       |

|  |
| --- |
| **V. PLAN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL IFSP** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio** | **Proveedor** | **Fecha de inicio proyectada** | **Fecha en que se inició** | **Entorno** | **Frecuencia / Duración / Intensidad / Método** | **Responsable del pago** | **Periodo de autorización actual** | **Justificaciones para el entorno** |
|       |        |       |       |       |       |       |       |        |
|       |        |       |       |       |       |       |       |        |
|       |        |       |       |       |       |       |       |        |
|       |        |       |       |       |       |       |       |        |

 |

|  |
| --- |
| Otros servicios(Añadir servicio, proveedor, fecha de inicio, fecha de finalización)      |

|  |
| --- |
| VII. PLANIFICACIÓN DE LA TRANSICIÓN |
| **Plan y actividades de transición** | **Medida específica** | **Persona responsable** | **Fecha de inicio y fecha en que se completó** |
| 1. Reunirse para desarrollar un plan de transición, con discusión sobre los derechos de los padres y lo que significa "transición", con pasos, actividades y servicios individualizados. (Reunión de planificación de la transición- TPM, por sus siglas en inglés)  |       |       | Se inició el:      Se completó el:       |
| 2. Discutir las posibles opciones del programa (incluidos los servicios de educación especial preescolar, Head Start, cuidado infantil y otros servicios comunitarios) que pueden estar disponibles cuando el niño ya no sea elegible para la Parte C.  |       |       | Se inició el:      Se completó el:       |
| 3. Discusión sobre el propósito y el proceso de Child Find.  |       |       | Se inició el:      Se completó el:       |
| 4. Enviar la información especificada a la Parte B si se proporciona el consentimiento de los padres.   |       |       | Se inició el:      Se completó el:       |
| 5. Brindar la oportunidad de reunirse para revisar y modificar el plan de transición, según corresponda, y recibir información de la Agencia de educación local / Unidad de Escuelas Públicas (LEA / PSU por sus siglas en inglés) u otros representantes del programa comunitario. Conferencia de planificación de la transición (TPC, por sus siglas en inglés)  |       |       | Se inició el:      Se completó el:       |
| 6. Establecer procedimientos para preparar al niño para los cambios en la prestación de servicios, incluidos los pasos para ayudarlo a adaptarse y funcionar en un nuevo entorno. |       |       | Se inició el:      Se completó el:       |

|  |
| --- |
| Nota de la reunión del IFSP      |
|  |

|  |
| --- |
| **VIII. Acuerdo del Plan IFSP** |
| **Aviso por Escrito** |
| **Motivo para el Aviso por Escrito:** El aviso por escrito se debe proporcionar a los padres diez (10) días antes que el Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte (NC ITP) proponga, o rechace, iniciar o modificar el suministro de servicios de intervención temprana para su hijo y familia. Puede acordar tener la(s) acción(es) propuesta(s) con mayor rapidez y no esperar los diez (10) días. **Acción Propuesta:** Para iniciar los servicios listados en el IFSP para los cuales se proporciona el consentimiento, de acuerdo con el Plan de Entrega del Servicio.**Motivos para Tomar la Acción**: Después de analizar toda la información de evaluación/valoración, incluso observaciones de la familia, inquietudes, prioridades y recursos, el equipo del IFSP, incluyendo la familia, acordó los servicios de intervención temprana y otros apoyos a proporcionar para alcanzar los resultados establecidos. |
| **Aviso de Derechos y Garantías Procesales** |
|       | ***(Inicializar)*** He recibido una copia del ***Aviso de Derechos del Niño y la Familia del Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte*** junto con este aviso por escrito. Esta información incluye todas las garantías procesales que están disponibles, incluyendo una descripción de los procedimientos de reclamo y los plazos para estos procedimientos. Me han explicado estos derechos y los comprendo. |
| **Consentimiento de los Padres para la Prestación de Servicios de Intervención Temprana** |
| Participé en el desarrollo de este IFSP. Comprendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Comprendo que puedo rechazar un servicio o servicios sin perjuicio de cualquier otro servicio de intervención temprana. Comprendo que mi hijo no recibirá los servicios de NC ITP identificados en el IFSP a menos que brinde mi consentimiento escrito. |
| **Marque uno de los siguientes puntos:** |
| [ ]  | **Doy mi consentimiento para el Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte y los prestadores de servicio proporcionen los servicios de NC ITP y actividades listadas en el IFSP.** |
| [ ]  | **Yo rechazo recibir para mi hijo o familia: (especifique)** |       |
|  | **— Y —** |       |
| **Doy mi consentimiento para que el NC ITP y los prestadores de servicio brinden todos los otros servicios de NC ITP y realicen todas las otras actividades listadas en este IFSP, EXCLUYENDO el o los servicios que he especificado aquí.** |       |
|  |       |
| **Consentimiento para Facturar al Seguro / Medicaid** |  |  |
|       | **(*inicializar)*** He recibido una copia de la ***Notificación del Sistema de Pago del NC ITP***. Me han explicado y comprendo las notificaciones relacionadas con la facturación de beneficios de seguro privado y público. |
|       | ***(inicializar)*** La información del seguro para mi hijo en el registro es actual y correcta. |
|       | ***(inicializar si corresponde)*** Comprendo que mi hijo está cubierto por un seguro privado y Medicaid, el seguro privado debe ser facturado primero según la Política de Medicaid, antes de poder acceder a los beneficios de Medicaid.**Marque uno de los siguientes puntos:** |
| [ ]  | Doy mi consentimiento para que el NC ITP y sus prestadores de servicio autorizados facturen al seguro privado y / o Medicaid que consta registrado para mi hijo por todos los servicios de intervención temprana según están identificados en este IFSP. Autorizo la divulgación de información médica o clínica necesaria para procesar el reclamo del seguro. **— O —** |
| [ ]  | Doy mi consentimiento para que el NC ITP y sus prestadores de servicio autorizados facturen al seguro privado y / o Medicaid que consta en el registro por mi hijo por los servicios de intervención temprana identificados en este IFSP ***excepto*** para los siguientes *(por favor especifique).*  |
|       |  |       |
| Firma del Padre/Tutor y Fecha |  | Firma del Padre/Tutor y Fecha |
|       |  |       |
| Firma del Coordinador del Servicio de EI y Fecha |  | Firma del Representante de la Agencia o Representante Designado/Agencia y Fecha |
|       |  |       |
| Otra Firma y Fecha |  | Otra Firma y Fecha |
| IX. Revisión del Plan IFSP |
| Fecha de Revisión       |
|       |
| CICLO DE REVISIÓN  [ ]  Semestral [ ]  Anual [ ]  Otro       | Fecha para la Próxima Revisión       |
| **Aviso por Escrito**  |
| **Motivo para el Aviso por Escrito:** El aviso por escrito se debe proporcionar a los padres diez (10) días antes que el Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte (NC ITP) proponga, o rechace, iniciar o modificar el suministro de servicios de intervención temprana para su hijo y familia. Puede acordar tener la(s) acción(es) propuesta(s) con mayor rapidez y no esperar los diez (10) días. **Acción Propuesta:** Para iniciar o modificar los servicios listados en el IFSP para los cuales se proporciona el consentimiento, de acuerdo con el Plan de Entrega del Servicio.**Motivos para Tomar la Acción**: Después de analizar toda la información de evaluación/valoración, incluso observaciones de la familia, inquietudes, prioridades y recursos, el equipo del IFSP, incluyendo la familia, acordó los servicios de intervención temprana y otros apoyos a proporcionar para alcanzar los resultados establecidos. |
| **Aviso de Derechos y Garantías Procesales** |
|       | **(*inicializar)*** He recibido una copia de los ***Derechos del Niño y la Familia del Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte*** junto con este aviso por escrito. Esta información incluye todas las garantías procesales que están disponibles, incluyendo una descripción de los procedimientos de reclamo y los plazos para estos procedimientos. Me han explicado estos derechos y los comprendo. |
| **Consentimiento de los Padres para la Prestación de Servicios de Intervención Temprana** |
| Participé en el desarrollo de este IFSP. Comprendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Comprendo que puedo rechazar un servicio o servicios sin perjuicio de cualquier otro servicio de intervención temprana. Comprendo que mi hijo no recibirá los servicios de NC ITP identificados en el IFSP a menos que brinde mi consentimiento escrito.  |
| **Marque uno de los siguientes puntos:** |
| [ ]  | **Doy mi consentimiento para el Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte y los prestadores de servicio proporcionen los servicios de NC ITP y actividades enumeradas en este IFSP.** |
| [ ]  | **Yo rechazo recibir para mi hijo o familia: (especifique)** |       |
| — **Y** — |       |
| **Doy mi consentimiento para que el NC ITP y los prestadores de servicio brinden todos los otros servicios de NC ITP y realicen todas las otras actividades listadas en este IFSP, EXCLUYENDO el o los servicios que he especificado aquí.**  |       |
|  |       |
| **Consentimiento para Facturar al Seguro** |  |  |
|       | **(*inicializar)*** He recibido una copia de la ***Notificación del Sistema de Pago del NC ITP***. Me han explicado y comprendo las notificaciones relacionadas con la facturación de beneficios de seguro privado y público. |
|       | ***(inicializar)*** La información del seguro para mi hijo en el registro es actual y correcta. |
|       | ***(inicializar si corresponde)*** Comprendo que mi hijo está cubierto por un seguro privado y Medicaid, el seguro privado debe ser facturado primero según la Política de Medicaid, antes de poder acceder a los beneficios de Medicaid. |
|  | **Marque uno de los siguientes puntos:** |
| [ ]  | Doy mi consentimiento para que el NC ITP y sus prestadores de servicio autorizados facturen al seguro privado y / o Medicaid que consta en el archivo mi hijo por todos los servicios de intervención temprana según están identificados en este IFSP incluyendo la frecuencia del largo, duración o intensidad. Autorizo la divulgación de información médica o clínica necesaria para procesar el reclamo del seguro. **— O —** |
| [ ]  | Doy mi consentimiento para que el NC ITP y sus prestadores de servicio autorizados facturen al seguro privado y / o Medicaid, que consta registrado para mi hijo, por cualquier nuevo servicio de intervención temprana o por cualquier incremento en la frecuencia, extensión, duración, o intensidad por servicios identificado durante esta reunión de revisión del IFSP, ***excepto*** para los siguientes *(por favor especifique)*  |
| **Encuesta a la familia de los resultados** |
| [ ]  | En la revisión semestral, se discutió la encuesta a la familia de los resultados. Me dieron la oportunidad de completar la encuesta. |
|       |  |       |
| Firma del Padre/Tutor y Fecha |  | Firma del Padre/Tutor y Fecha |
|       |  |       |
| Firma del Coordinador del Servicio de EI y Fecha |  | Firma del Representante de la Agencia o Representante Designado/Agencia y Fecha |
|       |  |       |
| Otra Firma y Fecha |  | Otra Firma y Fecha |