|  |
| --- |
| Programa 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 RECURSOS Las 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 HIJO Esta 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 curso  Resumen 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 salir  Resumen 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 especialidad Esta 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 | | | |