

Programa Part C de Maine

IFSP (PLAN DE SERVICIO INDIVIDUALIZADO PARA LAS FAMILIAS)

Nombre del niño:		Fecha de nacimiento		<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Varón
# de MaineCare					
Fecha del referido:		45 días desde la fecha de los hechos:			
Fecha en que se determina la elegibilidad:		Fecha en que cumplió 3 años:			
Fecha del IFSP:		Fecha en que se espera revisar el IFSP:			
Este plan es el: (marque uno)	Fecha(s) de la revisión actual del IFSP:				
<input type="checkbox"/> IFSP interino					
<input type="checkbox"/> IFSP inicial					
<input type="checkbox"/> IFSP anual (requiere un formulario nuevo)		Fecha de la próxima reunión ANUAL DEL IFSP:			
		Fecha de la reunión sobre la transición:			

Padre/ Encargado:		Padre/ Encargado:	
Relación		Relación	
Teléfono:		Teléfono:	
Dirección de la residencia:		Dirección de la residencia:	
Dirección del niño:			
Sistema educativo:			
Persona encargada del caso:		Doctor de cabecera:	
Número del teléfono:		Número del teléfono:	
Dirección del correo electrónico:		Dirección del correo electrónico:	

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

PRIORIDADES Y RUTINA DE LA FAMILIA

Rutina diaria, actividades y lugares

Los niños pequeños aprenden mejor de una rutina, con actividades que son interesantes para ellos y en las cuales participan a menudo. Al grupo le es útil saber donde pasa generalmente el tiempo su niño para así poder planear juntos cual será la ayuda de Intervención Temprana y los servicios para la familia.

Es mi decisión no dar información sobre mis inquietudes, prioridades ni recursos ni incluirla en el IFSP. Entiendo que si mi niño es elegible igualmente recibirá los servicios así yo no complete esta sección. _____ (iniciales del padre)

¿Con quién y en dónde pasa el tiempo su niño?

Por favor díganos un poco sobre la rutina y las actividades de su familia y de su niño. Además de las actividades diarias, queremos que nos cuente sobre algunas de las cosas que hacen de vez en cuando y que son importantes para usted y su familia, como visitar amigos y familia, celebraciones religiosas o espirituales y actividades culturales en la comunidad.

Describa que actividades le gustaría hacer a su familia más adelante y con cuales quisiera ayuda.

Si nada de esto es importante en el momento, escribiremos la palabra "nada"

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

PRIORIDADES Y RUTINA DE LA FAMILIA

Describa a la gente, los juguetes, las actividades, la rutina y los lugares de que su niño disfruta más:

--

Describa a la gente, los juguetes, las actividades, la rutina y los lugares que a su niño se le hacen difíciles:

--

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

PRIORIDADES Y RUTINA DE LA FAMILIA

Preocupaciones de la familia, prioridades y recursos relacionados con hacer el desarrollo del niño más interesante y los retos con las actividades y la rutina diaria

Es mi decisión no dar información sobre mis inquietudes, prioridades ni recursos ni incluirla en el IFSP. Entiendo que si mi niño es elegible igualmente recibirá los servicios así yo no complete esta sección. _____ (iniciales del padre)

RESUMEN DE LAS INQUIETUDES DE LA FAMILIA (basado en los retos de la vida diaria):

PRIORIDADES DE LA FAMILIA (basado en las inquietudes identificadas arriba):

FORTALEZAS Y RECURSOS QUE LA FAMILIA TIENE PARA SUPLIR LAS NECESIDADES DEL NIÑO (Incluya familiares, amigos, grupos de la comunidad, ayuda económica, etc. que le sean útiles)

Además de la información que ya dio, ¿Le gustaría decirnos algo más que sea útil para planear con usted que ayudas y servicios son más importantes para su niño y su familia?

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

HABILIDADES DEL MOMENTO, FORTALEZAS Y NECESIDADES

En este formulario se registra la información que se recogió en la evaluación de su niño. Información que nos ayuda a entender sus fortalezas, al igual que las cosas que le resultan difíciles y pueden estar dificultando su participación en actividades familiares y de la comunidad. En este formulario debe registrarse la suficiente información para que se justifique la decisión de hacerlo elegible, además de ser significativa para las familias y los proveedores de los servicios, para así desarrollar un plan con resultados y estrategias que cumplan con las fortalezas y necesidades de su niño.

A. Resumen pertinente al estado de salud (Incluyendo la visión y la audición)

--

B. Uso de las manos y movimiento del cuerpo(habilidad de las motricidades fina y gruesa)

Las cosas que le gustan al niño y que hace bien:

--

Las cosas que no le gustan al niño y con las cuales necesita ayuda:

--

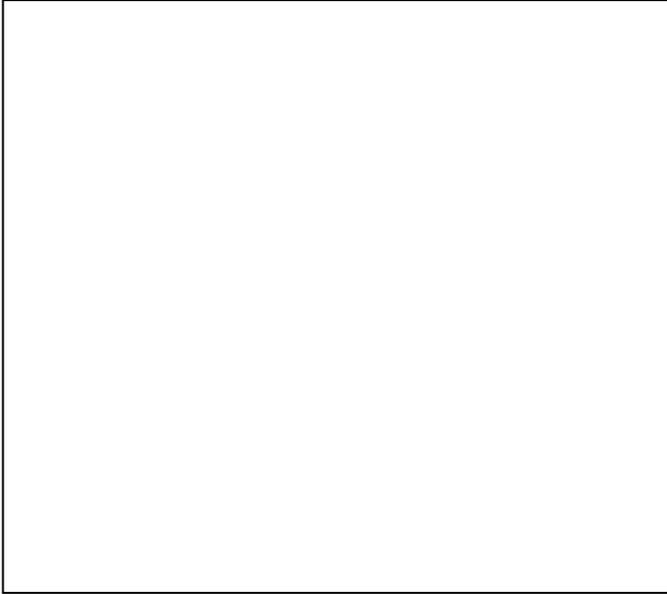
Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

HABILIDADES DEL MOMENTO, FORTALEZAS Y NECESIDADES

C. Entendimiento/ Comunicación (Expresión y receptividad del lenguaje)

Las cosas que le gustan al niño y que hace bien:

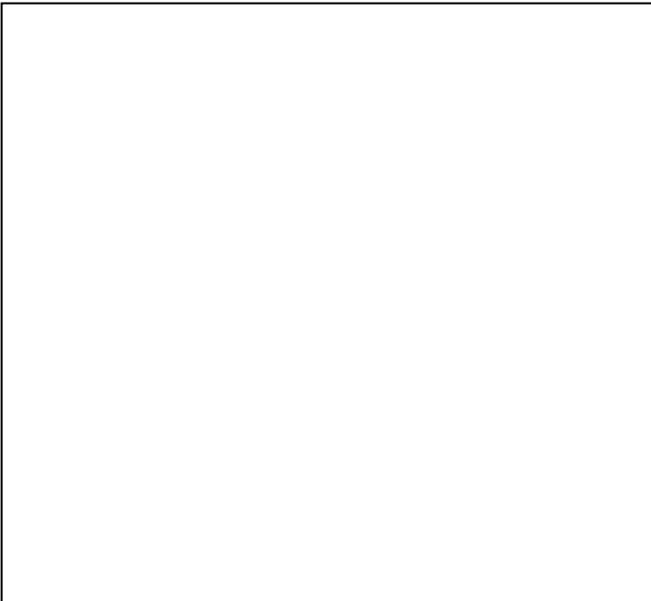


Las cosas que no le gustan al niño y con las cuales necesita ayuda:

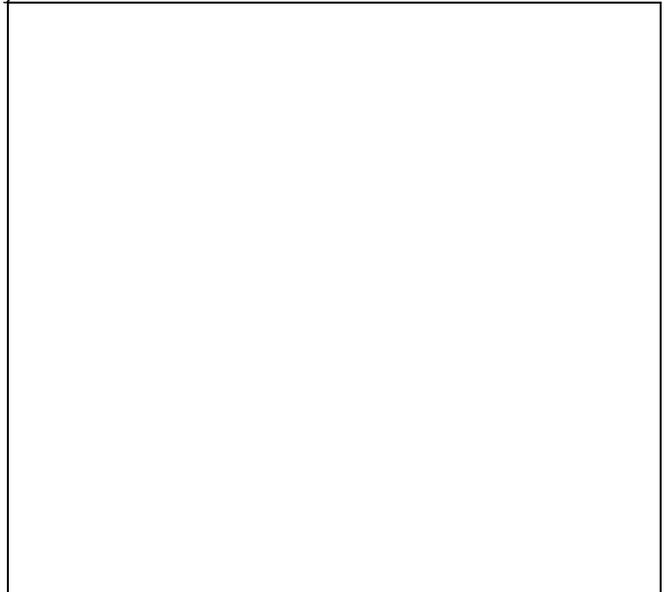


D. Jugar, pensar, explorar (habilidades cognitivas)

Las cosas que le gustan al niño y que hace bien:



Las cosas que no le gustan al niño y con las cuales necesita ayuda:



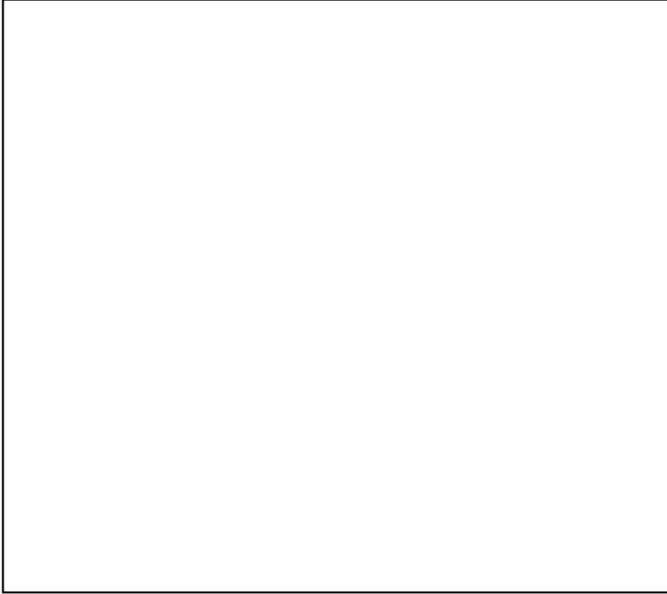
Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

HABILIDADES DEL MOMENTO, FORTALEZAS Y NECESIDADES

C. Como expresa y responde a los sentimientos e interactúa con los demás

Las cosas que le gustan al niño y que hace bien:

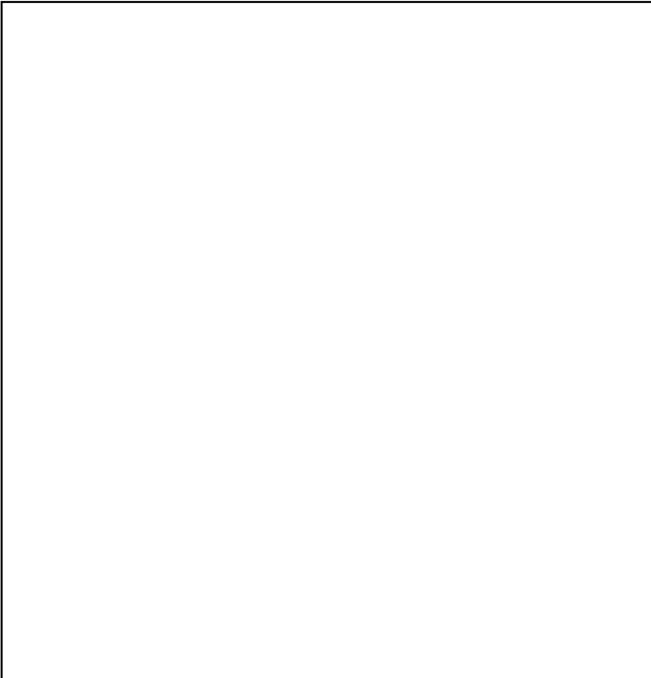


Las cosas que no le gustan al niño y con las cuales necesita ayuda:

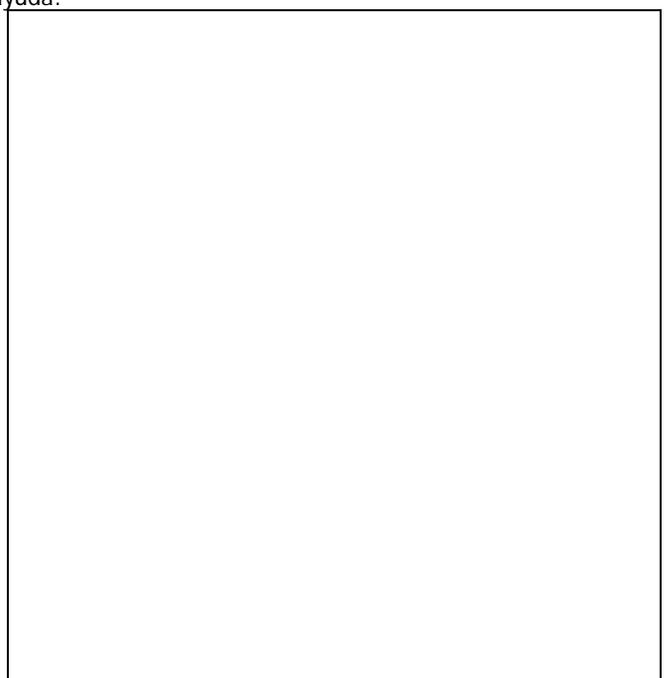


D. Alimento, vestido y uso del baño (Habilidad para adaptarse o hacer las cosas de su cuenta)

Las cosas que le gustan al niño y que hace bien:



Las cosas que no le gustan al niño y con las cuales necesita ayuda:



Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Edad durante la evaluación:

meses

HABILIDADES DEL MOMENTO, FORTALEZAS Y NECESIDADES

Resumen del grupo			
Área de desarrollo	Resultados de la evaluación <i>(incluye la desviación y el puntaje estándar)</i>	Métodos/ Instrumentos que se usaron	Fecha de la evaluación
Cognoscitiva (Piensa y aprende)	Puntaje estándar Desviación estándar	Battelle : <input type="checkbox"/> Bayley : <input type="checkbox"/> Otros (especifique) : <input type="checkbox"/>	
Comunicativa - Se expresarse (Hace ruidos, gestos y habla) - Es receptivo (Entiende ruidos, palabras y gestos)	Puntaje estándar Desviación estándar	Battelle : <input type="checkbox"/> Bayley : <input type="checkbox"/> Otros (especifique) : <input type="checkbox"/>	
Física - Motricidad gruesa (Mueve y usa los músculos grandes) - Motricidad fina (Utiliza las manos y los dedos)	Puntaje estándar Desviación estándar	Battelle : <input type="checkbox"/> Bayley : <input type="checkbox"/> Otros (especifique) : <input type="checkbox"/>	
Social/ Emocional (Interactúa con los demás)	Puntaje estándar Desviación estándar	Battelle : <input type="checkbox"/> Bayley : <input type="checkbox"/> Otros (especifique) : <input type="checkbox"/>	
Adaptabilidad (Se alimenta, se viste y duerme)	Puntaje estándar Desviación estándar	Battelle : <input type="checkbox"/> Bayley : <input type="checkbox"/> Otros (especifique) : <input type="checkbox"/>	

Elegibilidad de los Servicios Part C de Maine

- El niño es elegible para los Servicios Part C porque tiene (Marque más abajo y describa):*
- Retraso del desarrollo

- Un retraso de 1.5 en las desviaciones estándares del puntaje que se denota en la herramienta seleccionada para evaluar el desarrollo

Lista de áreas:

- Un retraso de 2.00 en las desviaciones estándares del puntaje que se denota en al menos uno de los campos del desarrollo con enfoque en el área(s) que indicaba razón de inquietud la primera vez que se obtuvo información y/o se examinó el desarrollo

Lista de áreas:

- Opinión clínica fundamentada
Explique: **

- Condición establecida que probablemente dará lugar al retraso del desarrollo:**
Mencione la condición(es):

- El niño no es elegible para los servicios de la Part C porque no reúne los criterios anteriores. Como resultado, este formulario sólo sirve como registro de la evaluación.

*** Si se encuentra que el niño es elegible, complete la página de la cubierta del IFSP y anéxela a este documento. Este formulario debe reflejar información sustancial sobre las habilidades, fortalezas y necesidades actuales.**

**** Este formulario debe reflejar información sustancial sobre las habilidades, fortalezas y necesidades actuales.**

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

RESULTADOS DE LA FAMILIA/NIÑO

Resultado #1	Coordinación de Servicios	(Manejo del caso)
Declaración sobre el resultado		
Con la intervención del Case Manager (Encargado del Caso) la familia recibirá ayuda para cumplir con el Plan Individualizado de Servicio a las Familias (también conocido como el plan de cuidados) de tal manera que el niño y la familia reciban la ayuda y los servicios que necesitan.		
Objetivos a corto plazo		
¿Qué objetivos a corto plazo ayudarán a mejorar el resultado?		
Meta a corto plazo	Fecha propuesta	Fecha en que se logró
1. Los recursos, prioridades e inquietudes identificados en la familia son tratados en el IFSP.		
2. Los servicios para la familia y el niño son adecuados.		
3. Los derechos de la familia están protegidos.		
Estrategias		
El Case Manager:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda a la familia en el desarrollo y revisión continua del IFSP (Plan de cuidados) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisa el IFSP para asegurarse que vaya de acuerdo con todas las reglas y regulaciones que se aplican 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantiene contacto continuo con la familia para supervisar y revisar la implementación del IFSP 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le informa a la familia de todos los servicios disponibles y la conecta con los recursos apropiados de la comunidad 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se comunica con la familia y todas las personas y agencias que brinden apoyo, asistencia o servicios por algún cambio o progreso 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda a solucionar problemas 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determina el grado de satisfacción de la familia 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda en la transición de cualquier programa 		
Ambiente natural <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Justifique)		
Progreso		
¿Cuándo se hará el seguimiento en grupo de la evolución del resultado? (Fecha)		
¿Cómo se hará el seguimiento en grupo de la evolución del resultado? (Procedimiento) El progreso del resultado se va a seguir:		
Nuestro grupo quedará satisfecho de haber terminado con este resultado cuando: (Criterio)		

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

RESULTADOS DE LA FAMILIA/NIÑO

Resultado # 2

(Meta a largo plazo)

Declaración sobre el resultado

¿Qué espera la familia para su niño y para si misma como resultado de los servicios de apoyo e intervención temprana?

--

Objetivos a corto plazo

¿Qué objetivos a corto plazo ayudarán a mejorar el resultado anterior?

Meta a corto plazo

Fecha propuesta

Fecha en que se logró

Meta a corto plazo	Fecha propuesta	Fecha en que se logró
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Estrategias

¿Quién va a hacer qué y en qué lugares, actividades y rutinas diarias?

--

Ambiente natural Sí
 No (Justifique)

¿Cuándo se hará el seguimiento en grupo de la evolución del resultado? (Fecha)

¿Cómo se hará el seguimiento en grupo de la evolución del resultado? (Procedimiento)
El progreso del resultado se va a seguir:

Nuestro grupo quedará satisfecho de haber terminado con este resultado cuando: (Criterio)

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

RESULTADOS DE LA FAMILIA/NIÑO

Resultado # 3

(Meta a largo plazo)

Declaración sobre el resultado

¿Qué espera la familia para su niño y para si misma como resultado de los servicios de apoyo e intervención temprana?

Objetivos a corto plazo

¿Qué objetivos a corto plazo ayudarán a mejorar el resultado anterior?

Meta a corto plazo

Fecha propuesta

Fecha en que se logró

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Estrategias

¿Quién va a hacer qué y en qué lugares, actividades y rutinas diarias?

Ambiente natural Sí
 No (Justifique)

¿Cuándo se hará el seguimiento en grupo de la evolución del resultado? (Fecha)

¿Cómo se hará el seguimiento en grupo de la evolución del resultado? (Procedimiento)
El progreso del resultado se va a seguir:

Nuestro grupo quedará satisfecho de haber terminado con este resultado cuando: (Criterio)

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

RESULTADOS DE LA FAMILIA/NIÑO

Resultado # 4		(Meta a largo plazo)	
Declaración sobre los resultados			
¿Qué espera la familia para su niño y para si misma como resultado de los servicios de apoyo e intervención temprana?			
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Objetivos a corto plazo			
¿Qué objetivos a corto plazo ayudarán a mejorar el resultado anterior?			
Meta a corto plazo	Fecha propuesta	Fecha en que se logró	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
Estrategias			
¿Quién va a hacer <i>qué</i> y en <i>qué</i> lugares, actividades y rutinas diarias?			
<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>			
Ambiente natural <input type="checkbox"/> Sí			
<input type="checkbox"/> No (Justifique)			
¿Cuándo se hará el seguimiento en grupo de la evolución del resultado? (Fecha)			
¿Cómo se hará el seguimiento en grupo de la evolución del resultado? (Procedimiento)			
El progreso del resultado se va a seguir:			
Nuestro grupo quedará satisfecho de haber terminado con este resultado cuando: (Criterio)			

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

RAZÓN DEL AMBIENTE NATURAL

La ayuda y los servicios se tienen que dar en lugares que sean típicos o naturales para los niños de la misma edad (Por ejemplo: cualquier ambiente natural). Si nosotros como grupo decidimos que no se puede obtener un resultado en un ambiente natural debemos explicar el porque de la decisión y lo que haremos para trasladar esos servicios tan pronto como sea posible.

Resultado #	Servicio(s)/ Ayuda(s)	Lugar (Lugar que no es un ambiente natural donde se van a prestar servicio(s) y ayuda)
Explicación del porque no es posible obtener el resultado en un ambiente natural:		
Plan para trasladar el servicio(s) y/o ayuda:		

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

PLAN SOBRE LA TRANSICIÓN

Fecha en que el niño cumplió 3 años:		Fecha para cuando se anticipa la transición:	
Fecha de la reunión sobre la transición**:		<input type="checkbox"/> Al comienzo del año escolar cuando el niño cumpla 3 años <input type="checkbox"/> Al comienzo del año escolar después de que el niño cumpla 3 años <input type="checkbox"/> Cualquier fecha del año escolar en que el niño cumpla 3 años	

{**Por lo menos de 3 a 9 meses antes de la fecha ANTICIPADA para la transición y en los 3 meses antes de que cumpla los 3 años

Prioridades y metas para la transición del niño:

Actividades y requisitos para planear la transición	Papel de la persona(s) a cargo	Fecha de inicio	Fecha en que se debe completar
a) Discuta con los padres lo que significa la "transición" de la intervención temprana, incluya elegibilidad, reglas sobre la edad para recibir estos servicios y lo que se puede hacer para planear la transición.			
b) Discuta con los padres que programas (incluya los servicios de educación especial preescolar; Head Start; niños y otros servicios de la comunidad) puede haber disponibles para cuando el niño ya no sea elegible.			
c) En la escuela de: el nombre, la dirección, el teléfono y la fecha de nacimiento del niño a más tardar el _____ a menos que los padres se opongan.			
d) Deles a los padres la oportunidad de reunirse y recibir información de preescolar o de quienes representen programas de la comunidad según sea adecuado.			
e) Ayude a que la familia y el niño se preparen para los cambios y ajustes de un lugar nuevo.			
f) Con el consentimiento de los padres, de información, (incluya las evaluaciones y estimaciones del IFSP).			
g) Ayude a que los padres entiendan sus derechos y a que desarrollen habilidades para abogar por su cuenta.			
h) Programe la reunión sobre la transición y pida que haya participación			
i) Planeamiento de otras actividades sobre la transición:			

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

CONFERENCIA SOBRE LA TRANSICIÓN

Una conferencia sobre la transición se debe convenir a más tardar 3 meses antes de la fecha de ésta, y en los 3 meses antes de que el niño cumpla 3 años. Pida que asistan los padres, el personal de intervención temprana, una agencia educativa local, Head Start y otras personas de la comunidad que colaboran según sea adecuado. * Utilice **Signature Page (La hoja para las firmas)** para documentar la asistencia y participación de los miembros del grupo.

Requisitos para la reunión sobre la transición	Pasos/Actividades	Papel de la persona(s) a cargo	Fecha de inicio	Fecha en que se debe completar
a) Revise con los padres a que programas tiene opción el niño después de cumplir 3 años y por el resto de ese año escolar.				
b) Con el consentimiento de los padres, entregue los registros (incluya información de la evaluación y estimación y del IFSP actual)				
c) Determine que más actividades deben completarse antes del traslado del niño al nuevo lugar (incluya matrícula, vacunas, cuestiones de transporte, lo que se necesite del doctor, etc.)				
d) Revise la evaluación actual y la información en la estimación. Determine si hay necesidad de más evaluaciones para establecer su elegibilidad antes de la transición.				
e) Determine cuando se reunirá el grupo del IEP para desarrollar el IEP. (Por lo menos 15 días antes de que el niño cumpla 3 años si es que no se hace en la reunión sobre la transición)				
f) Ayude a la familia para que decida a donde trasladar al niño y cuando	El niño se va a trasladar a: Fecha:			
g) Determine si se necesita una vista después de que se haga la transición (incluya la coordinación de servicios y consultas con el personal nuevo)				
h) Determine como se va a evaluar si el proceso de la transición fue fácil y efectivo.				

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

AYUDAS Y SERVICIOS QUE SE NECESITAN PARA LOGRAR LOS RESULTADOS

Otros servicios:

Estos son servicios que su niño y su familia necesitan, pero que no se exigen en el formulario Part C. Otros servicios se refieren al control médico del bebé, consultas con especialistas, etc.

Servicio	Proveedor	Lugar	Fuente de fondos o pasos que se siguieron para asegurar la disponibilidad de los servicios

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

PLAN DE SERVICIO INDIVIDUALIZADO PARA LAS FAMILIAS- FIRMAS

Las siguientes personas participaron en el desarrollo de este ISFP y/o van a ayudar a realizarlo. Este formulario también se debe utilizar para documentar las firmas de quienes participan en la reunión sobre la transición.

Aviso: El grupo del IFSP debe incluir al padre(s)/persona encargada, a quien lleva el caso, a involucrado(s) directamente en las evaluaciones y estimaciones; a otros según lo pidan los padres (familia, amigos, personas quienes abogan) y al personal quien provee servicios para el niño y la familia.

Nombre impreso	Firma	Fecha	Método de participación	Información del contacto/ agencia	Hora en que se asistió
Persona quien lleva el caso					

Además de a los miembros del grupo listados arriba, este IFSP debe enviársele a*

* Aviso: Complete la autorización para enviar el formulario

Doctor de cabecera:	
Otra persona:	

Consentimiento de los padres/personas encargadas para prestar Servicios de Intervención Temprana

- Recibí por escrito una copia de mis derechos y una explicación verbal de los mismos.
 - Participo enteramente en el desarrollo de este plan y
 - Doy mi consentimiento para que el IFSP se lleve a cabo según está escrito. (El termino consentimiento quiere decir que, recibí toda la información sobre las actividades para las cuales se pide consentimiento, en mi lengua materna (a menos que claramente no fuera posible hacerlo) o por otro medio de comunicación, que entiendo y por escrito estoy de acuerdo con que se lleven a cabo las actividades para las cuales se pide consentimiento; el consentimiento describe la actividad(es), y que el dar mi consentimiento es un acto voluntario que puede ser revocado por escrito en cualquier momento.) o
 - No acepto que se lleve a cabo este IFSP según está escrito, sin embargo doy mi consentimiento para que se presten los siguientes servicios:
- _____
- Entiendo que mi niño es elegible para que se le den todos los servicios que se listan en el IFSP. Estoy completamente al corriente de la naturaleza de estos servicios y de que debo dar consentimiento por escrito para recibirlos. Entiendo que declinar un servicio(s) no pone en peligro ningún otro servicio de intervención temprana que mi niño o familia reciban de CDS. Entiendo que puedo cambiar de opinión y si lo hago llamar al encargado de mi caso.
 - Entiendo que el IFSP de mi niño lo verán los proveedores de CDS quienes ayudan a mi niño y a mi familia para implementarlo.

Firma del padre/Persona encargada: _____

Fecha: _____

Firma del padre/Persona encargada: _____

Fecha: _____

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

REVISIÓN PERIÓDICA DEL IFSP

El IFSP se debe revisar por lo menos cada 6 meses. Las fechas de las revisiones están en la página de la cubierta.
Revise la página(s) de los **resultados del la familia/niño** y la página de ayudas y servicios si es que:

- 1) es necesario cambiar o agregar estrategias o servicios,
- 2) se modifica un resultado o
- 3) se va a agregar un resultado nuevo

# del resultado	Fecha en que se revisó	Describa el progreso	Estatus (Marque uno)
			<input type="checkbox"/> Se alcanzó el resultado <input type="checkbox"/> Continúa con el resultado <input type="checkbox"/> Modificar el resultado/estrategias/servicios
			<input type="checkbox"/> Se alcanzó el resultado <input type="checkbox"/> Continúa con el resultado <input type="checkbox"/> Modificar el resultado/estrategias/servicios
			<input type="checkbox"/> Se alcanzó el resultado <input type="checkbox"/> Continúa con el resultado <input type="checkbox"/> Modificar el resultado/estrategias/servicios
			<input type="checkbox"/> Se alcanzó el resultado <input type="checkbox"/> Continúa con el resultado <input type="checkbox"/> Modificar el resultado/estrategias/servicios
			<input type="checkbox"/> Se alcanzó el resultado <input type="checkbox"/> Continúa con el resultado <input type="checkbox"/> Modificar el resultado/estrategias/servicios

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

REVISIÓN PERIÓDICA DEL IFSP

Consentimiento de los padres/personas encargadas para prestar Servicios de Intervención Temprana

- Recibí por escrito una copia de mis derechos y una explicación verbal de los mismos.
 - Participe enteramente en el desarrollo de este plan y
 - Doy mi consentimiento para que el IFSP se lleve a cabo según está escrito. (El termino consentimiento quiere decir que, recibí toda la información sobre las actividades para las cuales se pide consentimiento, en mi lengua materna (a menos que claramente no fuera posible hacerlo) o por otro medio de comunicación, que entiendo y por escrito estoy de acuerdo con que se lleven a cabo las actividades para las cuales se pide consentimiento; el consentimiento describe la actividad(es), y que el dar mi consentimiento es un acto voluntario que puede ser revocado por escrito en cualquier momento.) o
 - No acepto que se lleve a cabo este IFSP según está escrito, sin embargo doy mi consentimiento para que se presten los siguientes servicios:
-
- Entiendo que mi niño es elegible para que se le den todos los servicios que se listan en el IFSP. Estoy completamente al corriente de la naturaleza de estos servicios y de que debo dar consentimiento por escrito para recibirlos. Entiendo que declinar un servicio(s) no pone en peligro ningún otro servicio de intervención temprana que mi niño o familia reciban de CDS. Entiendo que puedo cambiar de opinión y si lo hago llamar al encargado de mi caso.
 - Entiendo que el IFSP de mi niño lo verán los proveedores de CDS quienes ayudan a mi niño y a mi familia para implementarlo.

Firma del padre/Persona encargada: _____

Fecha: _____

Firma del padre/Persona encargada: _____

Fecha: _____

Firmas de los miembros del grupo

Nombre impreso (Incluya el papel/ disciplina/ licencia/certificado)	Firma	Fecha	Método de participación	Información del contacto/agencia	Hora en que se asistió
Encargado del caso					

Además de a los miembros del grupo que se listan arriba, este IFSP debe enviarse a*

* Aviso: Complete la autorización para enviar el formulario

Doctor de cabecera:	
Otro:	

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

RECURSOS ECONÓMICOS: Recursos que pueden ser utilizados para los servicios que se especifican en este plan.

	¿Tiene?	¿Autoriza su uso?	Número
MaineCare	Pendiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

	¿Tiene?	¿Autoriza su uso?	Número	Restricciones
SEGURO			Por favor complete abajo	

Nombre de la compañía:

Nombre del dueño de la póliza:

Número del seguro social del dueño:

Número de la póliza:

Número del grupo de la póliza:

Se me ha explicado por escrito cuales son los derechos con respecto al uso de fondos de un tercer partido para los servicios de mi niño.

Firma del padre/persona encargada

_____/_____/_____
Fecha

Firma del padre/persona encargada

_____/_____/_____
Fecha

LUGAR:

APROBACIÓN DEL DOCTOR DE CABECERA

Nombre del niño:	
Fecha de nacimiento:	
Fecha actual del IFSP:	
¿Es ésta una revisión periódica?	
Fecha de la revisión periódica:	
Doctor:	

Yo leí el Plan de Servicios Individualizados para las Familias/La revisión periódica del niño

Apruebo este plan

No apruebo este plan

--	--	--

Firma del principal proveedor de servicios de salud

Fecha

MAINECARE REQUIERE QUE EL PRINCIPAL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD AL NIÑO APRUEBE EL IFSP

Comentarios:

--

Por favor firme y devuelva esta hoja a Child Development Services (Los Servicios de Desarrollo del Niño). Guarde en su archivo el plan que se anexa.

Gracias.