



SECCIÓN I.

INFORMACIÓN PARA IDENTIFICACIÓN

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Dirección postal del niño:

de identificación del caso E :

de Maine Care:

Mujer Hombre

Fecha del referido:

45 días de la fecha:

Fecha en que se determinó elegibilidad:

Fecha del tercer cumpleaños:

Fecha del IFSP:

Fecha en que se espera la revisión:

Este plan es (marque la caja correspondiente):

- el IFSP provisional
- el IFSP inicial
- el IFSP anual
- la evaluación de los equipos
- la enmendadura

Fecha(s) de la revisión:

Fecha en que se espera la revisión anual:

Fecha de la conferencia de transición:

Padre/ Guardián:

Padre/ Guardián:

Parentesco:

Parentesco:

Dirección del correo postal:

Dirección del correo postal:

Teléfono:

Teléfono:

Correo electrónico:

Correo electrónico:

Lugar del CDS:

Doctor:

Encargado del caso:

Dirección:

Teléfono:

Teléfono:

Correo electrónico:

SECCIÓN II.

RUTINAS FAMILIARES Y PRIORIDADES

Yo elijo no dar información sobre mis inquietudes, prioridades y recursos y/o incluir esta información en el IFSP. Yo entiendo que si mi hijo/a es elegible, él/ella podría recibir los servicios aunque yo no llene esta sección.

Iniciales
del padre

Rutinas diarias, actividades y lugares

Los niños aprenden mejor, a través de rutinas y actividades en las que ellos están interesados y participan a menudo. Para el equipo es útil saber, dónde su niño pasa tiempo con regularidad, para que juntos podamos planear un apoyo de intervención temprana y servicios para la familia.

RESUMEN DE LAS INQUIETUDES DE LA FAMILIA: (con base en retos de la rutina diaria)

PRIORIDADES DE LA FAMILIA: (con base en las inquietudes que se identifican arriba)

FORTALEZAS Y RECURSOS CON QUE CUENTA LA FAMILIA PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DEL NIÑO:

(incluya familia, amigos, grupos de la comunidad, apoyo económico, etc. que le sean útiles a usted)

¿Dónde y con quién pasa tiempo su niño?

Por favor, díganos un poco sobre la rutina y las actividades de su niño y su familia. Además de las actividades diarias de su niño, podría decirnos algunas de las cosas que ustedes hacen de vez en cuando y que son importantes para su niño/familia, tales como las visitas a los amigos y miembros de la familia, celebraciones religiosas o espirituales, actividades en la comunidad y/o actividades culturales.

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

Describe la gente, los juguetes, las actividades, la rutina y los lugares que a su niño le parecen un reto o le resultan difíciles:

Describe actividades que a su familia le gustaría hacer ahora o en el futuro y con las que a usted le gustaría recibir algo de ayuda. Si no hay nada que en el momento le parezca importante, escribiremos “nada”.

Además de la información que ya nos dio, ¿tiene algo más que decirnos que podría ser útil en el planeamiento de ayudas y servicios que podríamos hacer con usted, para atender a lo más importante para su niño y su familia?

SECCIÓN III. HABILIDADES, FORTALEZAS Y NECESIDADES EN EL PRESENTE

Esta parte del IFSP es para registrar información que se recoja durante la evaluación de su niño. Ésta nos ayuda a entender las fortalezas de su niño, al igual que algunas de las cosas que son un reto para él/ella y que pueden estar afectando la forma en que participa en las actividades de la familia y la comunidad. En esta forma se debe registrar información suficiente, que pruebe las decisiones de elegibilidad y que tengan sentido para las familias y los proveedores de los servicios, en el desarrollo de un plan que dé resultados y estrategias, que se ajusten a las fortalezas y necesidades de su niño.

Nombre del niño:		Fecha de nacimiento:		
Herramienta de evaluación:		Fecha de evaluación:		
Miembros del equipo de evaluación:				

Resumen:

A. Autonomía o destrezas de adaptación (Alimentación, vestido e higiene sanitaria):	
FORTALEZAS:	
NECESIDADES:	
B. Lo social y emocional (para expresar y responder a los sentimientos & para interactuar con otros) :	
FORTALEZAS:	
NECESIDADES:	
C. Comunicación: receptividad & expresión del lenguaje:	
FORTALEZAS:	
NECESIDADES:	
D. Lo físico: Destrezas motoras fina y gruesa (Al usar las manos y mover el cuerpo):	
FORTALEZAS:	
NECESIDADES:	
E. Destrezas de la cognición (Jugar, pensar, explorar):	
FORTALEZAS:	
NECESIDADES:	
F. Resumen del estado de salud relevante (Incluyendo la visión y el oído):	

Nombre(s) de quien evalúa, Credenciales, Papel/Organizaciones, Firma y Fecha				
Nombre impreso	Credenciales	Papel/ Organización	Firma	Fecha

SECCIÓN IV.

EVALUACIÓN

Esta parte del IFSP es para registrar información, que se recoja durante la evaluación de su niño. Ésta nos ayuda a entender las fortalezas de su niño, al igual que algunas de las cosas que son un reto para él/ella y pueden estar afectando la forma en que participa en las actividades de la familia y la comunidad. En esta forma, se debe registrar información suficiente, que pruebe las decisiones de elegibilidad y que tengan sentido para las familias y los proveedores de los servicios, en el desarrollo de un plan que de resultados y estrategias que se ajusten a las fortalezas y necesidades de su niño.

Resumen del equipo			
Área de desarrollo	Resultados de la evaluación <i>(incluyendo variación y puntaje estándar)</i>	Métodos/ Instrumentos utilizados	Fecha de la evaluación
Adaptación (Alimentación, comida, vestido y sueño)	Puntaje estándar: Variación estándar:	Battelle : <input type="checkbox"/> Bayley : <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) :	
Lo social/emocional (Interacción con otros)	Puntaje estándar: Variación estándar:	Battelle : <input type="checkbox"/> Bayley : <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) :	
Comunicación - Expresión (Hace sonidos, gestos y habla) - Receptividad (Entiende sonidos, palabras y gestos)	Puntaje estándar: Variación estándar:	Battelle : <input type="checkbox"/> Bayley : <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) :	
Lo físico - Destreza motora gruesa (Mueve y utiliza los músculos grandes) - Destreza motora fina (Utiliza las manos y los dedos)	Puntaje estándar: Variación estándar:	Battelle : <input type="checkbox"/> Bayley : <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) :	
La cognición (Pensamiento y aprendizaje)	Puntaje estándar: Variación estándar:	Battelle : <input type="checkbox"/> Bayley : <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) :	

Elegibilidad de la Parte C para los servicios de Intervención Temprana en Maine

El niño es **elegible** para la Parte C de los servicios porque él/ella tiene (marque las que correspondan abajo y describa):*

Retraso del desarrollo

Un retraso de por lo menos 1.5 en las variaciones estándares por debajo de la media al menos en dos de las cinco áreas de desarrollo.

Liste las áreas	
-----------------	--

Un retraso de por lo menos 2.0 o más en las variaciones estándares por debajo de la media al menos en dos de las cinco áreas de desarrollo.

Liste las áreas	
-----------------	--

Opinión clínica con conocimiento

Explique **	
-------------	--

Condición establecida que probablemente resultará en retraso del desarrollo:

Nombre de la/las condición(es)	
---------------------------------------	--

El niño **no es elegible** para la Parte C de los servicios porque él/ella no cumple con el criterio de arriba. Como resultado, esta forma sólo sirve como registro de evaluación.

* Si se encuentra que el niño es elegible, complete la primera página del IFSP y anéxela al frente de este documento.

** A lo largo del formulario se tiene que reflejar información que sirva de respaldo a necesidades, fortalezas y habilidades.

SECCIÓN VI.

RESULTADOS DEL NIÑO/LA FAMILIA

RESULTADO # (Meta funcional a largo plazo)	Declaración del Resultado (¿Qué desea la familia para el niño/familia como resultado de los servicios y apoyo en intervención temprana?)
Estrategias (¿Quién va a hacer qué, con qué rutina, actividades y lugares?)	
Revisión periódica del IFSP: Tiene que hacerse una revisión del IFSP al menos cada seis meses. Apunte las fechas de todas las revisiones en la página del frente. Revise la/las página(s) de los Resultados del niño/la familia y la página de servicios y apoyo en caso que se deba: 1) cambiar o agregar estrategias o servicios; 2) modificar un resultado; o 3) agregar un resultado nuevo.	
Fecha en que se recibió el resultado:	Status (Marque uno) <input type="checkbox"/> Se logró el resultado <input type="checkbox"/> Se continúa con los resultados <input type="checkbox"/> Modificación del resultado <input type="checkbox"/> Modificación de estrategias / servicios
Describe el progreso:	
Ambiente natural <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Justifique)	
JUSTIFICACIÓN DE UN AMBIENTE NATURAL El apoyo y los servicios tienen que ser provistos en lugares que sean naturales o típicos para niños de la misma edad (Ejemplos de ambientes naturales). Si como equipo, nosotros decidimos que no es posible lograr un resultado en un ambiente natural, debemos describir cómo llegamos a esta conclusión y lo que haremos para trasladar los servicios y el apoyo, a un ambiente que sea natural, lo más pronto posible.	
Lugar (Ambiente no-natural, donde se proveerá el/los servicio(s) de apoyo):	
Explicación de porqué no se puede obtener un resultado en un ambiente natural:	
Plan para trasladar el/los servicio(s) y / o apoyo a un ambiente natural:	
¿Como equipo, cuándo tendremos una medida del progreso hacia este resultado? (cronología)	
¿Cómo mediremos, como equipo, el progreso hacia este resultado? (procedimiento)	

El progreso hacia este resultado se va a medir con:

Nuestro equipo estará satisfecho de haber obtenido este resultado cuando: (criterio)

RESULTADO #

(Meta funcional a largo plazo)

Declaración del Resultado (¿Qué desea la familia para el niño/familia como resultado de los servicios y apoyo de la intervención temprana?)

Estrategias

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

Revisión periódica del IFSP:

Tiene que hacerse una revisión del IFSP al menos cada seis meses. Apunte las fechas de todas las revisiones en la página del frente.

Revise la/las página(s) de los **Resultados del niño/la familia** y la página de **servicios y apoyo** en caso que se deba:

- 1) cambiar o agregar estrategias o servicios;
- 2) modificar un resultado; o
- 3) agregar un resultado nuevo.

Fecha en que se recibió el resultado:

Status (Marque uno)

- Se logró el resultado**
- Se continúa con resultados**
- Modificar el resultado**
- Modificar estrategias / servicios**

Describe el progreso:

Ambiente natural Sí No (Justifique)

JUSTIFICACIÓN DE UN AMBIENTE NATURAL

El apoyo y los servicios tienen que ser provistos en lugares que sean naturales o típicos para niños de la misma edad (Ejemplos de ambientes naturales). Si, como equipo, nosotros decidimos que no es posible lograr un resultado en un ambiente natural, debemos describir como concluimos esto y lo que haremos para trasladar los servicios y el apoyo a un ambiente que sea natural, lo más pronto posible.

Lugar (Ambiente no-natural, donde se proveerá el/los servicio(s)/ apoyo):

Explicación de porque no se puede obtener un resultado en un ambiente natural:

Plan para trasladar el servicio(s) y / o apoyo a un ambiente natural:

¿Como equipo, cuándo tendremos una medida del progreso hacia este resultado? (cronología)
¿Cómo mediremos, como equipo, el progreso hacia este resultado? (procedimiento) El progreso hacia este resultado se va a medir con:
Nuestro equipo estará satisfecho de haber obtenido este resultado cuando: (criterio)

SECCIÓN VII.

PLAN DE TRANSICIÓN

Cuando su niño esté entre los dos años y tres meses (2.3) y los dos años y nueve meses (2.9) de edad, se requiere el planeamiento de actividades, que determinarán la elegibilidad para la Parte B, de los servicios preescolares de educación especial para cuando cumpla 3 años. La conferencia de transición tiene que llevarse a cabo por lo menos tres meses antes de que el niño cumpla tres años y no puede ser 9 meses antes de cumplirlos.

Fecha en que cumple los tres años:	Fecha de la conferencia de transición:
Prioridades y metas de la transición del niño:	

Transición Requisitos de planeación y actividades	Papel de las personas responsables	Fecha en que se inició	Fecha en que se terminó
Discuta con los padres lo que significa la “transición” del programa de intervención temprana a la Parte B, de los servicios preescolares de educación especial. Incluya la elegibilidad y las pautas de la edad para educación especial en preescolar.			
Revise el nivel de funcionamiento actual del niño y las evaluaciones más recientes. Determine cuáles, si es que se deben completar algunas de las evaluaciones, para determinar la elegibilidad para recibir servicios de educación en especial en pre-escolar. <i>Consentimiento para una evaluación firmada y recibida por parte del padre _____</i>			
Transmisión de información con el consentimiento parental (incluyendo evaluación y exámen del IFSP). <i>Fecha en que se dio el consentimiento _____</i> <i>Iniciales: _____</i>			
Discuta con los padres, las posibles opciones de programas (incluyendo los servicios de educación especial de preescolar; Head Start; Child Care y otros servicios de la comunidad) que puedan estar disponibles para cuando el niño ya no sea elegible para los servicios de intervención temprana.			

Provea oportunidades para que los padres conozcan y reciban información de preescolar o de otros que representen la comunidad, según sea apropiado.			
Programe la conferencia para transición e invite a los participantes.			
Otras actividades para la planeación de la transición:			

SECCIÓN VIII.

CONFERENCIA DE TRANSICIÓN

Cuando su niño esté entre los dos años y tres meses (2.3) y los dos años y nueve meses (2.9) de edad, se requiere el planeamiento de actividades que determinarán elegibilidad para la Parte B, de los servicios preescolares de educación especial para cuando cumpla 3 años. La conferencia de transición tiene que llevarse a cabo, por lo menos tres meses antes de que el niño cumpla tres años y no puede ser 9 meses antes de cumplirlos.

***Utilice la página de la firma para documentar la asistencia/participación de los miembros del grupo.**

Fecha de la conferencia de transición:	
¿Es elegible para la Parte B de educación especial de preescolar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, ¿El IEP se desarrolló durante la conferencia de transición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es no, ¿Qué fecha se programó para desarrollar el IEP <small>(No más de 15 días antes de que el niño cumpla 3 años)</small>	Fecha:
¿Se recibió consentimiento del padre para la asignación?	<input type="checkbox"/> Sí (fecha si la respuesta es sí) <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN IX.**SERVICIOS Y APOYO QUE SE NECESITAN PARA OBTENER RESULTADOS**

Este es un resumen de las decisiones que tomó el equipo de IFSP con respecto a los servicios y apoyo que se necesitan para lograr los resultados. El método de entrega de servicios, está documentado en cada página de los resultados del IFSP.

Apoyo y servicios del IFSP	# del resultado que se atenderá	Lugar	Método	Frecuencia	Intensidad	Proveedor afiliado calificado	Fuente de fondos	Fecha de inicio	Fecha de término

SECCIÓN X.**OTROS SERVICIOS****Otros servicios:**

Estos son los servicios que su niño y su familia necesitan, pero que no se autorizan en la Parte C de los servicios de intervención temprana. Otros servicios pueden incluir los médicos tales como: control para bebés y citas posteriores con especialistas con propósitos médicos, etc.

Servicio	Proveedor	Lugar	Fuente de fondos/ Pasos que se tomarán para asegurar la disponibilidad de los servicios

SECCIÓN XI.**PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO A LA FAMILIA**

FIRMAS Las siguientes personas participaron en el desarrollo del IFSP y/o van a ayudar a que se lleven a cabo. Esta forma también tiene que utilizarse para documentar las firmas de los participantes en la conferencia de transición.

Aviso: El equipo del IFSP tiene que incluir al padre(s), guardián; encargado del caso; personas directamente involucradas en hacer evaluaciones y exámenes; otros requeridos por los padres (familiares, amigos, defensores); y personal que provee servicios al niño y a la familia.

Reunión Inicial del IFSP *Reunión Periódica de Revisión del IFSP* *Conferencia de Transición*

Nombre impreso (Incluya el papel/disciplina licencia/ certificado)	Firma	Fecha	Método de Participación	Información de la Agencia/ Contacto	Fecha en que se asistió

Además de enviarse este IFSP a los miembros del equipo que se listan arriba, se le debe enviar a: (Complete la Autorización para revelar información)
Doctor de cabecera:
Otro:

SECCIÓN XII.

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ GUARDIANES PARA LOS SERVICIOS DE LA PARTE C DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

- Yo recibí una copia junto con una explicación oral de mis derechos y los entiendo.
- Yo participé de lleno en el desarrollo de este plan; y
- Yo con conocimiento, doy mi consentimiento para que el Plan Individualizado de Servicio a la Familia (IFSP) se lleve a cabo según está escrito. (El consentimiento significa que se me dio a conocer toda la información sobre las actividades para las cuales se buscó consentimiento, se hizo en mi idioma nativo (a menos que claramente no hubiese sido posible), o por otro medio de comunicación que yo entiendo y con el que por escrito, estoy de acuerdo para que se lleven a cabo las actividades para las cuales se buscó consentimiento. El consentimiento describe las actividades; que doy mi consentimiento voluntariamente y que éste puede ser revocado por escrito en cualquier momento). o
- Yo **no** acepto que este IFSP se lleve a cabo según está escrito, sin embargo **doy** mi consentimiento para que se comience con el/los siguiente (s) servicio(s):
- _____
- Yo entiendo que mi niño es elegible para recibir todos los servicios que se listan en el IFSP. Estoy completamente al corriente de la naturaleza de todos los servicios de IFSP que se ofrecen y de que tengo que dar un consentimiento por escrito con el fin de recibir el/los servicio(s). Entiendo que de declinar un/unos servicio(s) no pone en peligro ninguno de los otros servicios del programa de intervención temprana que mi niño o familia recibe a través de CDS. Entiendo que puedo cambiar de parecer y, si lo hago, llamaré al encargado de mi caso.
- Yo entiendo que el IFSP de mi niño se dará a conocer entre los proveedores de CDS quienes trabajan en el caso de mi niño y mi familia y quienes implementan el IFSP.

Firma del padre/guardián: _____

Fecha: _____

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

RECURSOS ECONÓMICOS: Recursos que se pueden utilizar como apoyo para los servicios especificados en este plan.

	¿Usted tiene?	¿Usted autoriza el uno de?	Número	
MaineCare	<input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			Número	Restricciones
Seguro	<input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor llene abajo	
Nombre de la compañía:				
Nombre en la póliza:				
# de seguridad social de quien tiene la póliza:				
Número de la póliza:				
Número de grupo en la póliza:				

Por escrito se me explicaron mis derechos en cuanto al uso de finanzas de un tercer partido para los servicios a mi niño.

Firma del padre/guardián

_____/_____/_____
Fecha

Firma del certificado de Intervención Temprana

_____/_____/_____
Fecha

**Lugar del
CDS:**

AUTORIZACIÓN DEL DOCTOR DE CABECERA

Nombre del niño:	
Fecha de nacimiento:	
Fecha del IFSP actual:	
¿Es este un período de revisión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha del período de revisión:	
Doctor:	

Yo leí el Plan Individualizado de Servicio a la Familia / Período de revisión para este niño.

Yo autorizo este plan

Yo no autorizo este plan

Firma del doctor de cabecera

Fecha

MAINECARE REQUIERE QUE EL DOCTOR DE CABECERA DEL NIÑO AUTORICE EL IFSP.

Comentarios:

--

Por favor firme y devuelva esta página a Child Development Services (Servicios de desarrollo al niño).

Por favor vea que el plan que se anexa es para SUS archivos.

Gracias.

