

Nombre de niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha Inicial del IFSP: \_\_\_\_\_

## Programa para Bebés y Niños Pequeños de Idaho

### Plan de Servicio Familiar Individualizado- Primera parte Herramienta de Examen y Planificación

La misión del Programa para Bebés y Niños Pequeños es el proveer apoyo de intervención temprana de calidad y servicios para mejorar la capacidad de familias para satisfacer las necesidades de niños de su nacimiento hasta los tres años de edad quienes tienen atrasos de desarrollo o discapacidades.

Nos gustaría empezar con juntar alguna información sobre su niño/a y su familia. Esta información se compartirá con su equipo de intervención temprana y ayudará a tomar decisiones de elegibilidad y recomendaciones para los servicios que son posibles.

Si su niño se encuentra elegible, esta información se usará para desarrollar su plan de servicio individualizado para la familia (IFSP). Esta información también sirve como la evaluación de la familia.

<b>Información Demográfica</b>	Nombre de el/la niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc. Padre/Tutor: _____ Relación: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de Tel: _____ (t) <input type="checkbox"/> (c) <input type="checkbox"/> (c) <input type="checkbox"/> Correo Electrónico: _____ Lenguaje Primario de la Familia: _____ Raza/Etnicidad de Niño/a: _____ Información importante adicional: _____
<b>Información de Salud</b>	Médico Principal: _____ # de Medicaid: _____ Nombre de la Clínica: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de Tel: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____ ¿Healthy Connections? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Aseguradora: _____ Póliza #: _____
<b>Información del Coordinador de Servicios</b>	Coordinador de Servicios: _____ Agencia: _____ Dirección de Agencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de Tel: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____
<input type="checkbox"/> Solo Entrada <input type="checkbox"/> IFSP Inicial <input type="checkbox"/> Revisión de Seis Mese <input type="checkbox"/> IFSP Anual Fecha de IFSP original: _____	

Nombre de niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha Inicial del IFSP: \_\_\_\_\_

## Información de Familia

**Por favor describa el problema que le trajo al Programa para Bebés y Niños Pequeños**

¿Usted ha discutido esta preocupación con el médico de su hijo/a o con otros profesionales? Por favor explique.

**¿Qué espera que pase con su hijo/a y/o la familia como resultado de su participación en el para Bebés y Niños Pequeños?**

El niño/a vive con:

Otros cuidadores:

Hogar adoptivo

El niño normalmente pasa el día con:

Hermanos / edades:

Mascotas:

Otras personas importantes:

Información importante adicional:

¿Usa o necesita el/la niño/a tecnologías de asistencia como aparato de audición, ortopédicos, o soportes de posicionamiento?

## HISTORIA DE SALUD

Información adicional disponible:

- Expedientes médicos
- Reporte médico/social
- Otro:

\_\_\_ Historial anual actual y fecha de examen físico:

\_\_\_ Proveedores dentales, de audición o visión:

\_\_\_ Otros proveedores médicos:

\_\_\_ Medicamentos (nombre, dosis, frecuencia):

\_\_\_ Otros:

Por favor describa la historia prenatal y de nacimiento, peso/longitud al nacer, condiciones médicas, enfermedades, lesiones, hospitalizaciones, vacunas, alergias, patrones de sueño, etc. ¿En su familia hay historia de enfermedades físicas o mentales, discapacidades, deficiencias visuales o auditivas?

<b>RUTINAS DE FAMILIA / NIÑO/A</b> <b>Rutinas y Actividades del Niño/a / Familia</b>	<b>Recursos relacionados:</b> <input type="checkbox"/> <i>Lista de actividades diarias basada en el interés</i> <input type="checkbox"/> <i>Matriz ABC</i> <input type="checkbox"/> <i>Combinación RBI-SAFER</i> <input type="checkbox"/> <i>SHoR</i> <input type="checkbox"/> <i>Otro</i>
---	---

**¿Qué son las cosas en que más disfruta su hijo/a (incluyendo juguetes, personas, lugares, actividades, etc.) o lo que hace muy bien?**

**¿Qué le gusta hacer a su familia cuando están juntos y por qué? ¿Quién participa? ¿Cuándo ocurre?**

**¿Qué actividades/rutinas hace Usted durante el día? ¿Cómo participa su niño/a? ¿Qué tan satisfecho está Usted con las actividades/rutinas?**

**¿Hay rutinas o actividades que Usted encuentra ser difícil o frustrante para Usted o su niño/a? ¿O hay actividades rutinas en las que su familia no participa debido a las necesidades de su hijo/a, pero que les interesaría hacer ahora o en el futuro?**

**¿Usted o su hijo/a ha participado en alguno/s de los siguientes programas?**

Departamento de Salud y Bienestar		Servicios de Salud		Otro	
Antes	Ahora	Antes	Ahora	Antes	Ahora
	Medicaid		Programa de nutrición de WIC		Head Start temprano o Head Start
	Cupones de alimentos		Atención maternal o infantil de alto riesgo		Head Start de Idaho para migrantes
	Asistencia financiera		Vacunas (inyecciones para bebés)		Servicios de salud para Americanos Nativos
	Cuidado en el hogar para ciertos niños discapacitados (Katie Beckett)		Clínica de planeación familiar		Revisión de EPSDT para niños sanos
	Protección de los niños		Clinica de maternidad		Seguro Social
	Servicios de cuidado personal		Programa especial de salud para los niños		IESDB
	Salud mental de los niños o adultos		Cuestionarios sobre edades y etapas		Servicios para niños con DD
	Apoyos familiares				

Comentarios:

<b>DESARROLLO DE RECURSOS</b>	<i>Recursos relacionados:</i> <input type="checkbox"/> <i>Mapa ecológico de la familia (Mapa ECO)</i>
-------------------------------	--

Las fortalezas y recursos de su familia pueden apoyar al aprendizaje de su hijo/a. Para mejor servir a su hijo/a sería bueno que conozcamos algunos problemas o preocupaciones que son importantes para usted. Puede compartir solo la información que quiere.

**¿Con qué tipos de recursos y apoyos cuenta su familia?**

**¿Tiene preocupaciones acerca de satisfaciendo las necesidades de su hijo/a o familia dentro del próximo año? De ser así, marque todas las respuestas que correspondan. Marque con un círculo las respuestas que son de preocupación inmediata:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Físicos (alimento, albergue, transporte, etc.)<br><input type="checkbox"/> Médicos (vista, audición, dental, vacunas y salud física)<br><input type="checkbox"/> Salud y seguridad (nutrición, alimentación, ambiental, Protección para Niños o Adultos, etc.)<br><input type="checkbox"/> Terapia (equipo de adaptación, evaluaciones, programación de citas)<br><input type="checkbox"/> Sociales y emocionales (grupos de apoyo, grupos para juego, crianza, etc.)<br><input type="checkbox"/> Necesidades y apoyos para la familia (cómo comunicar sobre la discapacidad del niño/a, actividades recreativas, descansos, asesoría, etc.) | <input type="checkbox"/> Educativos (ser padres/disciplina, desarrollo del niño, discapacidades de desarrollo, derechos/salvaguardas de los padres, transiciones, inglés como segundo idioma, cómo obtener GED, Vo-Tech, etc.)<br><input type="checkbox"/> Personales (actividades recreativas, manejo del estrés, descansos, asesoría legal, etc.)<br><input type="checkbox"/> Planes a largo plazo (cambios que ocurrirán, transiciones, continuación de coordinación de servicios, etc.)<br><input type="checkbox"/> Financieros/Beneficios (ingresos, cuentas por pagar, Medicaid, SSI, Katie Beckett, etc.)<br><input type="checkbox"/> Servicios de traducción / interpretación<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|---|---|

**Información Social - Estrés/Eventos psicosociales (marcar todos los que aplican dentro del pasado año)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| ___ Fallecimiento Reciente<br>___ Abuso Físico/Emocional/Sexual.<br>___ Hospitalización Reciente<br>___ Asuntos de Custodia/Ubicación<br>___ Asunto Legal de Niño/a o de la Familia | ___ Dificultades Financieras<br>___ Separación/Divorcio de los Padres<br>___ Cambios en la situación de vivienda<br>___ Otros (Favor de describirlo)<br>___ Ninguno | ___ ¿le gustaría información sobre recursos posibles relacionados a cualquier artículo que Usted ha identificado? (Referir a la página de Resultados para la Coordinación de Servicios, si es relevante) |
|---|---|--|

**Por favor describir más sobre los artículos marcados arriba. Describir otros recursos acerca de los cuales le gustaría más información.**

## Descripción del niño/a

Nivel del Desarrollo Actual (información requerida para cada dominio)		
Área de desarrollo	Comentarios del padre/cuidador	Otras fuentes de datos (Observación, resultados de la evaluación, registros médicos, etc.)
<b>Cognitivo:</b> <b>Pensamiento y aprendizaje</b> <i>(ej., buscar un juguete que se cayó; jalar un juguete en un hilo; armar un rompecabezas sencillo).</i>		
<b>Comunicación:</b> <b>Expresiva/receptiva</b> <i>(ej. asusta con ruidos fuertes; emitir sonidos; entender sonidos, palabras, gestos y lenguaje; uso de oraciones de dos o más palabras; señalar objetos deseados).</i>		
<b>Físico:</b> <b>Motor grueso y fino/sensorial</b> <i>(ej., alcanzar y jugar con los dedos de los pies; sentarse, rodar, gatear; lanzar una pelota pequeña; ensartar una cuerda en cuentas grandes).</i>		
<b>Social/emocional:</b> <b>Interacción con otros</b> <i>(ej., sonreír y balbucear; jalar la mano o ropa para llamar la atención; compartir un juguete; turnarse con otros).</i>		
<b>Adaptivo:</b> <b>Alimentarse, comer, vestirse y dormir</b> <i>(ej., ayudar a sostener un biberón; alcanzar un juguete; vestirse solo(a)).</i>		

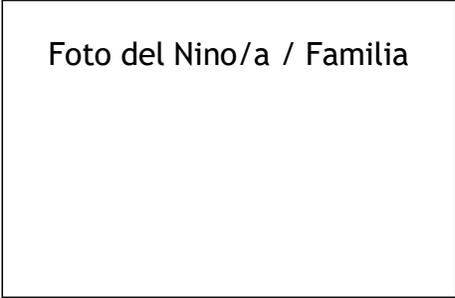
### Evaluaciones visuales/auditivas (Marque las que correspondan)

<b>Visión</b> Preocupación S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Evaluación solicitada <input type="checkbox"/> Resultados de la evaluación <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Referido Fecha de evaluación: _____ Evaluación realizada por: _____ Seguimiento necesario: _____	<b>Audición</b> Preocupación S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Recién nacido u otra evaluación solicitada <input type="checkbox"/> Recién nacido u otros resultados de evaluación: <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Referido Fecha de evaluación: _____ Evaluación realizada por: _____ Seguimiento necesario: _____
---	--

## Programa para Bebés y Niños Pequeños de Idaho Plan de Servicio Familiar Individualizado: Parte 2

### Desarrollo del plan

***El desarrollo de un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) es un proceso en que los miembros de la familia y proveedores del servicio trabajan en conjunto como socios. Juntos haremos un plan de acción basándose en las necesidades y evaluaciones de su familia y su niño/a para apoyar a su familia y satisfacer las necesidades de desarrollo de su hijo/a.***



*Especialistas de variedades de antecedentes académicos y calificados que son disponibles a trabajar con y apoyar a su familiar para estimular el desarrollo y aprendizaje de su hijo/a. Las siguientes personas son miembros de su equipo de intervención temprana.*

Nombre	Función	Agencia/Dirección	Teléfono	Correo Electrónico
	Padres			
	Coordinador/a de Servicios			

Fotos del equipo de Intervención temprana (opcional)

IFSP Inicial                       IFSP Anual                      Fecha de IFSP original: \_\_\_\_\_

## Resultados para el/la niño(a)

Ahora que ya identificamos los intereses y necesidades de su hijo/a, a través de las evaluaciones de la familia y el niño/a nos enfocaremos en lo que le gustaría que hiciera su hijo/a.

Resultado # \_\_\_\_\_ ¿Qué queremos que haga específicamente su hijo en los próximos meses? (resultado funcional)

¿Qué hace su hijo/a ahora? (Nivel actual de función de su hijo/a en relación con este resultado.)

*La declaración del progreso se debe medir dentro del contexto de las actividades de aprendizaje diarias.*

¿Cómo sabremos que hemos tenido progreso? ¿Qué será diferente? ¿Cuándo esperamos haberlo terminado?  
(Declaración del progreso/criterios del éxito)

¿Qué estrategias y recursos usaremos para lograrlo? (¿Quién hará qué durante cuales actividades y rutinas regulares y dónde ocurrirá?)

¿Quién participará? (Incluya los nombres de todos los que van a participar)

### Revisión de la Declaración de progreso/Criterios de éxito

Fecha \_\_\_\_\_  6 meses  Anual  Progresó

¿Que contribuyó al progreso? ¿Falta de progreso?

- \_\_\_ Se logró: ¡Lo logramos!
- \_\_\_ Continuar: Vamos bien. Sigamos.
- \_\_\_ Discontinuar: Ya no aplica.
- \_\_\_ Revisar: Vamos a intentar algo diferente.

Comentarios adicionales:

( ) Resultados nuevos o modificados/Fecha de apéndice: \_\_\_\_\_ \*Iniciales de padre/madre: \_\_\_\_\_

\*Las iniciales de los padres indican acuerdo con el cambio notado en la página, pero no reemplaza la apéndice firmada SOS cuando se requiere.

## Resultados para el padre/cuidador

*Esta página contiene lo que a Usted y su familia les gustaría lograr para apoyar en el desarrollo de su hijo.*

Resultado # \_\_\_\_\_ ¿Qué queremos lograr específicamente? (Resultado funcional)

¿Ahora qué está pasando?

¿Cómo sabremos que hemos tenido un progreso? ¿Qué cambiará? ¿Cuándo esperamos haberlo terminado?

(Declaración de progreso/Criterios de éxito)

¿Qué estrategias y recursos usaremos para lograrlo? (¿Quién hará qué durante cuales actividades y rutinas regulares y dónde ocurrirá?)

¿Quién va a participar? (Incluya los nombres y números de teléfono)

### Revisión de la Declaración de progreso/Criterios de éxito

Fecha \_\_\_\_\_  6 meses  Anual  Progresó

¿Que contribuyó al progreso? ¿Falta de progreso?

- \_\_\_ Se logró: ¡Lo logramos!
- \_\_\_ Continuar: Vamos bien. Sigamos.
- \_\_\_ Discontinuar: Ya no aplica.
- \_\_\_ Revisar: Vamos a intentar algo diferente.

Comentarios adicionales:

( ) Resultados nuevos o modificados/Fecha de apéndice: \_\_\_\_\_ \*Iniciales de padre/madre: \_\_\_\_\_

\*Las iniciales de los padres indican acuerdo con el cambio notado en la página, pero no reemplaza la apéndice firmada SOS cuando se requiere.

## Resultados para la coordinación de servicios

Todas las familias inscritas en el Programa para Bebés y Niños Pequeños de Idaho reciben la coordinación de servicios. Un coordinador de servicios ayudará a que su hijo/a y su familia tengan acceso a los recursos y apoyos y trabajaran a establecer un Plan de Servicio Familiar Individualizado. En esta página se describen los pasos y actividades para apoyarlos a Usted y su hijo/a mientras que participan en el sistema de intervención temprana.

<b>Resultado # 1</b> <b>¿Qué queremos lograr?</b> (Resultado deseado)	Fecha de inicio: Fecha fijada:
¿Quién hará qué? (Estrategias/Actividades)	Fecha de revisión: Código de progreso: _____ Comentarios:
<b>Resultado # 2</b> <b>¿Qué queremos lograr?</b> (Resultado deseado)	Fecha de inicio: Fecha fijada:
¿Quién hará qué? (Estrategias/Actividades)	Fecha de revisión: Código de progreso: _____ Comentarios:
<b>Resultado # 3</b> <b>¿Qué queremos lograr?</b> (Resultado deseado)	Fecha de inicio: Fecha fijada:
¿Quién hará qué? (Estrategias/Actividades)	Fecha de revisión: Código de progreso: _____ Comentarios:

Estrategias para calmar a Usted mismo/a y su niño/a (Opcional)	Fecha de inicio:  Comentarios:
--	--------------------------------------

**Códigos para la revisión del progreso: N = nuevo C = continuar A = alcanzado R = revisado D = descontinuado**

( ) Resultados nuevos o modificados/Fecha de apéndice: \_\_\_\_\_ \*Iniciales de padre/madre: \_\_\_\_\_

\*Las iniciales de padres indica acuerdo con el cambio notado en la página, pero no reemplaza la apéndice firmada SOS cuando se requiere.

## Plan para la Transición del Programa para Bebés y Niños Pequeños

Mientras que pensamos acerca de la participación de su niño/a con el Programa para Bebés y Niños Pequeños terminando a la edad de tres años, sus esperanzas y preocupaciones son:	
Estamos interesados en aprender más sobre y/o participar en programas basado en la comunidad y otras opciones:	
Grupos de juego (grupos informales)	Programas de Biblioteca
Programas de Parque y Recreacion	Head Start
Cuidado de niños/niñas	Escuela preescolar privado
Programa DD de Medicaid para niño/niñas	Programas de Transportaciones
Servicios de Terapias (Ocupacional, Físico, Patología de Lenguaje y el Habla, etc.)	
Educación Especial Preescolar a través del distrito escolar local si mi niño/a es elegible	
Otros programas de la comunidad:	

### Fecha de Línea de Tiempo de Transición del Distrito Escolar

Actividades de Transición	Fecha Proyectado de Inicio	Fecha Completada
Notificar al Distrito Escolar y Agencia Educacional del Estado de un/a niño/a potencialmente elegible (No menos de 90 días antes del 3er cumpleaños del niño/a, o lo más antes posible si es determinado/a elegible para servicios de la Parte C entre 45 días y 90 días antes del 3er cumpleaños del niño/a).		
Programar y llevar a cabo la conferencia de transición (entre 9 meses y 90 días antes del 3er cumpleaños del niño/a)		
Proporcionar documentos de transición para la conferencia de transición (obtener consentimiento de los padres)		
Nombre de Distrito Escolar/Distrito Escolar #:	Nombre de Contacto:	Teléfono de Contacto:

### ¿Que ayudaría a preparar a nuestra familia y niño/a para lo que sigue?

(Visitando un Programa, Entrenamiento de padre/madre, asistencia con aplicando para los Servicios DD (Discapacidades de desarrollo) de Medicaid, Necesidades de Transportación, necesidades de tecnología de asistencia, etc.)

¿Qué acciones o actividades?	¿Que ayudaría?	¿Cuándo?

**Resumen de Servicios**

Recomendación del Médico solamente

Firma del Coordinador/a de Servicios \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Servicios De Intervención Temprana	Persona(s)/ Agencia(s) Responsables	Fecha De Inicio - Fecha Final	Duración (Tiempo de servicios proveído) Frecuencia (# de días o sesiones) Intensidad (Individual/Grupo) Método (Como son proporcionados los servicios) Localidad (Lugar de servicio)	Fuente De Financiamiento Si Medicaid, MID #	*NE S o N

**\*NE:** De ser No, llene la página de Justificación de Ambiente Natural.

Otros servicios que el niño/a o la familia necesitan o que están recibiendo a través de otras fuentes que no son requerido o financiado por el Programa para Bebés y Niños Pequeños.

--	--	--	--	--	--

Descripción del diagnóstico:

Código ICD-10:

**Consentimiento de los Padres/Tutores para la provisión de servicios**

Yo participé en el desarrollo de este plan. Entiendo que:

- Con la recepción de mis Salvaguardas del Procedimiento, este plan sirve como un Aviso Previo por Escrito para evaluación, colocación y/o provisión de los servicios mencionados, y será revisado conmigo.
- Si hay un aumento en la frecuencia, duración, u intensidad de servicios, seré proporcionado/a con una copia de la póliza del sistema de pago del Programa para Bebés y Niños Pequeños.
- La provisión de los servicios listados incluyen completando evaluaciones continuos.

Doy mi consentimiento informado para que se realice el Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) según lo escrito.

Firma del padre/ tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Recomendación del médico y autorización financiera**

Yo revisé los servicios mencionados arriba relacionados con la salud y certifico que son médicamente necesarios y atención constante es necesaria para la duración de los servicios mencionados en este Plan de Servicio Familiar Individualizado.

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Medico (escrito o impreso) \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_

He revisado y autorizo pago para los servicios de intervención temprana mencionadas arriba como definido en el acta de Los Individuos con Discapacidades (IDEA), Reautorización, Ley Publica 108-446, Parte C.

Firma de Agencia Autorizadora Principal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de IFSP: \_\_\_\_\_

Revisión de 6 meses: \_\_\_\_\_

Inicial  Anual

Apéndice/ Fecha:

Razón de Apéndice:

## Justificación para Servicios Fuera del Ambiente Natural

Los apoyos y servicios se deben proporcionar en sitios que sean naturales o típicos para los niños(as) de la misma edad. Si, como equipo, decidimos que no podemos lograr un resultado en un ambiente natural, tenemos que describir por qué tomamos esa decisión y lo que haremos para trasladar los servicios y apoyos a ambientes naturales lo mas antes posible.

Servicios de intervención temprana	Resultado # _____	Entorno (Entorno en el que se van a proporcionar los servicio(s)/apoyo(s) )
<b>Explicación de por qué no se puede lograr un resultado en un ambiente natural:</b>		
<b>Plan y plazo para trasladar los servicios y/o apoyos a ambientes naturales:</b>		
Fecha de revisión proyectada: _____		

<b>Fecha de revisión:</b>
<b>Participantes del Equipo del IFSP (incluyendo padres/cuidador):</b>
<b>Recomendaciones:</b>