Program Information Here

intervención temprana

apoya familias y el desarrollo de sus niños

Departamento de Servicios Humanos
de Rhode Island
Programa de Intervención Temprana

Plan Familiar de Servicios Individualizados
(IFSP por sus siglas en Ingles)

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Sexo:** ☐**Masculino** ☐**Femenino**

Domicilio del Niño: _____

_____

Padre/Guardián: _____

Numero de Teléfono: _____ **Fecha del Referido:** ____/____/____

No. ID: _____

Coordinador de Servicios: _____ **Ext #** _____

Consultor de Padres: _____ **Ext #** _____

Pediatra del Niño: _____

Fecha de Reunion/Repaso del IFSP: _____/_____/_____
(Esta es la fecha cuando el grupo de IFSP se reune para empezar desarollar el IFSP.)

Si el IFSP inicial tiene fecha de mas de 45 días desde el referido o el IFSP anual tiene fecha de mas de 12 meses, por favor indique porque:

- ☐ Hospitalización del niño
- ☐ La familia pidió una extensión
- ☐ Asunto del proveedor
- ☐ No se pudo comunicar con la familia o ellos cancelaron

Comienzo del IFSP: ____/____/____ **Fin del IFSP:** _____/_____/_____
(Ésta es la fecha que la familia firma el IFSP con acuerdo.)

Tipo de IFSP:

- ☐ Temporáneo (Complete paginas 1, 11, 12 y 15) Fecha _____/_____/_____
- ☐ Inicial
- ☐ Anual

La Revisión de los Seis Meses debe hacerse antes de: ____/____/____

Plan Familiar de Servicios Individualizados de la Intervención Temprana

Nombre del Niño: _____ No. ID: _____

Acerca de mi Niño: ▪¿Donde y con quien pasa su hijo(a) el tiempo? ▪Describa las personas, juguetes, actividades, rutinas, y lugares que su hijo(a) disfruta mas y las que el/ella encuentra difíciles (Si es para un IFSP anual, solo describa cambios o cosas nuevas.)

Acerca de Mi Familia: ***Usted puede compartir lo que usted se sienta cómodo compartir***

- Personas, lugares y actividades mi familia disfruta
- Lo maravilloso acerca de nuestra familia, nuestras fortalezas (Si es para un IFSP anual, solo describa cambios o cosas nuevas.)

Preguntas que la Familia tiene para la Evaluación:

Resumen de la Evaluación de Intervención Temprana

Nombre del Niño: _____ No. ID: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha de Evaluación: ____/____/____

Edad Cronológica del Niño:___/__ __/___ Edad Ajustada del Niño: ____/____/____

Historial de la Salud Física y de la Conducta

- Embarazo y parto
- Crecimiento y desarrollo del niño
- Historial Medico
- Vacunas
- Información importante acerca del historial familiar y otros eventos importantes

Estado de Salud Corriente:

- Medicamentos que el niño esta tomando ahora
- Razón por la cual esta tomando medicamento
- Ultimo examen medico general
- Especialistas
- Diagnosis Medico
- Nutrición

Resumen de la Evaluación de Intervención Temprana

Nombre del Niño: _____

No. ID: _____

Queremos que todos los niños:
- *Tengan relaciones sociales positivas*
- *Aprendan y utilicen conocimientos y habilidades*
- *Tomen acción adecuada para satisfacer sus necesidades*

Estado de la Vista

¿Fue completada la evaluación para la Vista? ☐Si ☐No

- Si contesto Si, dé resumen de los resultados.
- Si contesto No, ¿fue evaluado en otro lugar? ¿Donde? ¿Cuando? Resume los resultados.

_____

_____

_____

_____

Estado de la Audición

¿Fue completada la evaluación para la Vista? ☐Si ☐No

- Si contesto Si, de resumen de los resultados.
- Si contesto No, ¿fue evaluado en otro lugar? ¿Donde? ¿Cuando? Resume los resultados.

_____

_____

_____

_____

Resumen de la Evaluación de Intervención Temprana

Nombre del Niño: _____ No. ID: _____

Queremos que todos los niños:
- *Tengan relaciones sociales positivas*
- *Aprendan y utilicen conocimientos y habilidades*
- *Tomen acción adecuada para satisfacer sus necesidades*

Introducción

▪Preocupación inicial de la familia ▪Razón para la referencia ▪Papel de familia durante la evaluación ▪Observación conductual del niño

Habilidades Cognitivas: Jugar, Pensar y Explorar

▪Nivel del desarrollo actual ▪Puntos fuertes en esta área ▪Preocupaciones en esta área ▪¿Como afecta la participación del niño en actividades típicas y rutinas diarias? ▪¿Son las habilidades del niño apropiadas para su edad?

Resumen de la Evaluación de Intervención Temprana

Nombre del Niño: _____ No. ID: _____

Queremos que todos los niños:
- *Tengan relaciones sociales positivas*
- *Aprendan y utilicen conocimientos y habilidades*
- *Tomen acción adecuada para satisfacer sus necesidades*

Habilidades Motores Gruesas: Desarrollo del Cuerpo y los Músculos, Moverse

▪Nivel del desarrollo actual ▪Puntos fuertes en esta área ▪Preocupaciones en esta área
▪¿Como afecta la participación del niño en actividades típicas y rutinas diarias? ▪¿Son las habilidades del niño apropiadas para su edad?

Habilidades Motores Finas: Desarrollo del Cuerpo y Músculo, Usando las Manos

▪Nivel del desarrollo actual ▪Puntos fuertes en esta área ▪Preocupaciones en esta área ▪¿Como afecta la participación del niño en actividades típicas y rutinas diarias?
▪¿Son las habilidades del niño apropiadas para su edad?

Resumen de la Evaluación de Intervención Temprana

Nombre del Niño: _____ No. ID: _____

Queremos que todos los niños:
- *Tengan relaciones sociales positivas*
- *Aprendan y utilicen conocimientos y habilidades*
- *Tomen acción adecuada para satisfacer sus necesidades*

Comunicación Receptiva: Compresión

▪Nivel del desarrollo actual ▪Puntos fuertes en esta área ▪Preocupaciones en esta área
▪¿Como afecta la participación del niño en actividades típicas y rutinas diarias? ▪¿Son las habilidades del niño apropiadas para su edad?

Comunicación Expresiva: Comunicación

▪Nivel del desarrollo actual ▪Puntos fuertes en esta área ▪Preocupaciones en esta área
▪¿Como afecta la participación del niño en actividades típicas y rutinas diarias? ▪¿Son las habilidades del niño apropiadas para su edad?

Resumen de la Evaluación de Intervención Temprana

Nombre del Niño: _____ No. ID: _____

Queremos que todos los niños:

- *Tengan relaciones sociales positivas*
- *Aprendan y utilicen conocimientos y habilidades*
- *Tomen acción adecuada para satisfacer sus necesidades*

Habilidades de Adaptación: Comer, Vestirse, Ir al Baño, Dormir

▪Nivel del desarrollo actual ▪Puntos fuertes en esta área ▪Preocupaciones en esta área
▪¿Son las habilidades del niño apropiadas para su edad? ▪¿Como afecta la participación del niño en actividades típicas y rutinas diarias?

Habilidades Sociales/Emocionales: Interacción con Otros

▪Nivel del desarrollo actual ▪Puntos fuertes en esta área ▪Preocupaciones en esta área ▪¿Como afecta la participación del niño en actividades típicas y rutinas diarias?
▪¿Son las habilidades del niño apropiadas para su edad?

Resumen de la Evaluación de Intervención Temprana

Nombre del Niño:_____ No. ID:_____ Fecha de Evaluación: _____/_____/_____

Disposición:
☐ Elegible ☐ La familia declino los servicios ☐ Inelegible

Elegibilidad:
☐ Única Condición Establecida
☐ Retraso en el Desarrollo
☐ Retraso en el Desarrollo por medio de opinión clínica informada
☐ Condiciones Múltiples Establecidas
(Apunte 4 condiciones. Una debe ser una condición del niño)

1. _____ Código: _____
2. _____ Código: _____
3. _____ Código: _____
4. _____ Código: _____

Métodos y Procesos Utilizados:

☐ Revisión de registro medico
☐ Historial del desarrollo
☐ Informe familiar
☐ Informe basado en rutinas
☐ Observación del niño
☐ Muestras de lenguaje
☐ Evaluación basado en jugar

Tipo de Evaluación Utilizada:

☐ Lista de verificación del desarrollo:
_____
☐ Evaluación con referencia al criterio/basado en currículo:
_____
☐ Evaluación con referencia a la norma:
_____
☐ Otro:
_____

Diagnosis:

Diagnosis Primaria: _____ Código ICD-9: _____

Diagnosis Secundaria:_____ Código ICD-9: _____

Diagnosis Adicional:_____ Código ICD-9:_____

Diagnosis Adicional:_____ Código ICD-9: _____

Participantes:

Nombre: _____ Rol: _____

Nombre: _____ Rol: _____

Nombre:_____ Rol: _____

Nombre:_____ Rol: _____

Respuesta al Referido: ¿Si esta es la evaluación inicial, envió la respuesta al referido? ☐Si ☐No ☐N/A

Resumen de los Resultados: Los resultados incluyen puntaje estándar o (standard score), puntaje T o (T-score), edad del desarrollo, o nivel manifestado o si las preocupaciones fueron identificadas o no. (Por favor note que por lo general, Standard Scores(SS) entre 85 y 115 se consideran estar entre niveles normales; así también como T Scores entre 40 y 60).

Código: puntaje 1-7 puede ser 1-4,6. 8-9 debe solo ser 4 o 6.
1. >=2 SD o por lo menos un retraso de 33%
2. retraso 1.5 a 2 SD
3. Retraso<1.5 SD o por lo menos un retraso de 25%
4. Riesgo a la Salud o conclusiones anormales
6. No hay retraso o conclusiones significantes

Área Revisada	Resultados	Código	Comentarios:
1. Cognitiva			
2. Motores Gruesos			
3. Motores Finos			
4. Comunicación Receptivo			
5. Comunicación Expresivo			
6. Habilidades de Adaptación			
7. Social/Emocional			
8. Visión			
9. Audición			

Nombre del Niño:_____ No. ID: _____

Preocupaciones y Prioridades de la Familia

Queremos que las Familias …

- *Entiendan los puntos fuertes, habilidades, y necesidades especiales de sus niños*
- *Conozcan sus derechos y comuniquen eficazmente las necesidades de sus niños*
- *Ayuden con el desarrollo y aprendizaje de sus niños*
- *Tengan apoyo social adecuado*
- *Tengan acceso a servicios y actividades disponibles en sus comunidades*

Quiero mas información acerca de:

- ☐Como jugar con mi hijo(a)
- ☐Ideas para incluir a los hermanos, hermanas y amigos
- ☐Conocer otras familias que tienen preocupaciones similares
- ☐Oportunidades para mi hijo(a) jugar con otros niños
- ☐Descanso
- ☐Manejando el estrés
- ☐Maneras de divertirse como familia
- ☐La condición o incapacidad de mi hijo(a)
- ☐Buscando o como comunicarse con los doctores/dentistas
- ☐Equipo, materiales y/o ayuda tecnológica
- ☐Finanzas relacionados al costo de las necesidades especiales de mi hijo(a)
- ☐Vivienda, empleo, comida y/o teléfono
- ☐Seguridad
- ☐Asuntos legales
- ☐Como obtener un GED e otros estudios
- ☐Abuso de drogas
- ☐Otro: _____

_____

_____

Pensando sobre toda la información que hemos reunido hasta ahora, ¿cuales son sus preocupaciones actuales con relación al desarrollo de su hijo(a)?

_____

_____

_____

_____

_____

Escriba cualquier otra preocupación identificada por el equipo durante el proceso de evaluación.

_____

_____

_____

_____

_____

Mirando a esta lista, ¿en qué gustaria enfocarse en los próximos meses?

_____

_____

_____

_____

Resultado/Meta

Nombre del Niño:_____ No. ID: _____ Fecha: _____/_____/_____

Lo que queremos que ocurra con nuestro hijo(a)/familia como resultado de los apoyos y servicios de Intervención Temprana:

_____

_____

¿Que está ocurriendo ahora y describa como esto está impactando a su hijo(a)/familia? (¿Quién?, ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Como?)

_____

_____

_____

¿Que pasará? (¿Como sabremos que hay progreso?/¿Como sabremos que esta sucediendo? o describa los pasos hacia el progreso)

_____

_____

_____

Nuestras Estrategias: (¿CUALES estrategias?, en ¿CUALES rutinas diarias, actividades y lugares?
¿Cuales apoyos necesita el cuidador del niño para utilizar las estrategias?)

_____

_____

_____

_____

_____

Fecha de Repaso: _____/_____/_____ ☐Continuar la Meta ☐Cambiar la Meta ☐Meta Lograda Iniciales del Padre:_____ Fecha: _____/____/____
Por favor resume el progreso del niño y los cambios necesarios:

_____

_____

Fecha de Repaso:____/____/____ ☐Continuar la Meta ☐Cambiar la Meta ☐Meta Lograda Iniciales del Padre:_____ Fecha: ____/____/____
Por favor resume el progreso del niño y los cambios necesarios:

_____

_____

Nombre del Niño(a): _____ No. ID: _____

Servicios de Intervención Temprana

☐Temporáneo: _____/____/_____ ☐Inicial: _____/_____/_____ ☐Revisión del Progreso: _____/_____ ☐Anual: _____/_____/_____ ☐Actualización ____/____/____

*Servicios de Intervención Temprana	Proveedor (Nombre)	Lugar [1] (1-5)	Método del Servicio *(C/G/I)	Ambiente Natural[2] Si/No	J	Frecuencia (sesiónes por semana/mes)	Intensidad (duración de la sesión)	Fecha Sugerida para el Inicio	Duración (meses)	* Servicio a Tiempo	Estado A= Añadir E= Fin

Actualización del IFSP Fecha del Cambio: _____/_____/____ Iniciales del Padre: _____	Describa los cambios hechos a los servicios y las razones por los cambio:
Actualización del IFSP Fecha del Cambio: _____/_____/____ Iniciales del Padre: _____	Describa los cambios hechos a los servicios y las razones por los cambio:

[1] Refiérase a los Códigos en la próxima pagina

[2] Si contestó NO, ¿hay alguna justificación? Si hay una justificación escriba **"J"** en la 2da columna. Si no hay una justificación porfavor de completar página 14.

Códigos y Otros Servicios

Nombre del Niño(a): _____ No. ID: _____

Servicios		Lugar	Método	Servicio a Tiempo
• Ayuda tecnológica • Audiología • Conserjería y entrenamiento familiar • Servicios médicos • Servicios de enfermería • Servicios de nutrición • Terapia ocupacional • Otras necesidades: especifique • Terapia física	• Psicología • Trabajo social • Instrucción especial • Habla/lenguaje • Visión	**1=** Hogar **2=** Basado en comunidad **3=** Grupo de Intervención Temprana el la comunidad **4=** Basado en centro **5=** NA	**C**= Consulta/Evaluación **G**= Grupo **I**= Individual	**C=** Calendario comunitario **S=** Servicios posteriores **F=** Asunto familiar **P=** Asunto del proveedor

- Se debe proveer Coordinación de Servicios a todas las familias y puede formar parte de una visita. Se debe proveer por lo menos 30 minutos de coordinación de servicios, cara-a-cara por mes.
- Se le proveerá Planificación para la Transición a todas las familias que reciben Coordinación de Servicios.
- Servicios de Interpretación/Traducción y Transportación están disponibles a todas las familias para permitir al niño(a), y/o a la familia que reciban un servicio mencionado en la página 12.

Otros Servicios que están Situados o son Necesarios:

(así como servicios médicos, de recreo, religiosos o sociales, aunque no son cubiertos bajo la Intervención Temprana, contribuyen a este plan)

Programa/Agencia:	Contacto:	Estado:

Plan para Proveer Servicios en un Ambiente Natural

Nombre del Niño:_____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Servicio/lugar:
La Meta Dirigida:
1. Describa por que la meta no se puede lograr en el ambiente natural del niño (basado en que evaluación/experiencia):
2. Describa como estas actividades/estrategias serán aplicadas a las actividades/rutinas diarias del niño:
¿**Quien** hará **Que** y **Con Que Frecuencia** para poder generalizarlas?
3. Describa el plan para lograr moverse hacia un ambiente natural?
¿**Quien** hará **Que** y **Cuando**?
Fecha de Repaso: _____/_____/_____ ☐Continuar ☐Cambiar ☐Logrado Por favor resume el progreso del niño y los cambios necesarios:

Nombre del Niño(a): _____ No. ID: _____

Afirmación del IFSP

Yo he **PARTICIPADO** en el desarrollo de este IFSP, Yo he **LEIDO** este IFSP y/o se me ha **EXPLICADO POR COMPLETO** el contenido de este IFSP.

_____ Se me fueron explicados mis derechos acerca del proceso y procedimientos (procedimientos seguros).

_____ Comprendo que los servicios de Intervención Temprana serán pagados por medio de seguro medico privado, por el Medicaid, y/o fondos estatales.

_____ Comprendo que la Coordinación de Servicios puede constituir una visita al hogar, llamadas telefónicas, y conversaciones con otros proveedores de servicios.

Puedo anticipar que se me proveerá _____ de Coordinación de Servicios.
(Frecuencia por mes)
Comprendo que la frecuencia se puede enmendar en cualquier momento si el Equipo de IFSP esta de acuerdo.

_____ Yo **apruebo** este plan para mi hijo(a) y familia.

_____ Yo **no apruebo** este plan y deseo los siguientes cambios: _____

_____

_____

_____ Comprendo que los servicios en este IFSP se deben iniciar dentro de 30 días desde la fecha en que yo lo firme, a menos que haya indicado una razón justificada.

Miembros del Equipo IFSP:

Firma del Padre/Guardián:_____ Fecha: _____/_____/_____

Coordinador de Servicios:_____ Fecha:_____/_____/_____

Otro Miembro:_____ Fecha:_____/_____/_____

Otro Miembro:_____ Fecha:_____/_____/_____

Otro Miembro:_____ Fecha:_____/_____/_____

~ Para IFSP Temporáneos Solamente ~

Yo he participado en el desarrollo de este IFSP Temporáneo y estoy de acuerdo en implementarlo. Yo comprendo que este IFSP es un plan temporáneo desarrollado para niños quienes son elegibles para los servicios de Intervención Temprana y necesitan servicios inmediatamente. También comprendo que aún hay que desarrollar un IFSP por completo.

Firma del Padre/Guardián:_____ Fecha: _____/_____/_____

Coordinador de Servicios:_____ Fecha: _____/_____/_____