

PROGRAMA DE INTERVENCION A UNA EDAD TEMPRANA
Plan de Servicio Familiar Individualizado del Estado de Nebraska (IFSP)

CONFIDENCIA

Nombre del Niño/a: _____ Teléfono: _____ Domicilio: _____
Fecha de Nacimiento del niño/a: _____ Número de seguro social: _____ Número de Medicaid: _____
Fecha de referencia al programa de intervención a una edad temprana: _____ Fecha de consentimiento para la evaluación: _____ Fecha del MDT _____
Opción de lenguaje de la familia: _____ La familia, desea un interprete Sí No

Padres o guardianes:

Nombre: _____	Teléfono de la casa: _____	Domicilio sí éste es diferente: _____
Función: _____	Teléfono del trabajo: _____	_____
Nombre: _____	Teléfono de la casa: _____	Domicilio sí éste es diferente: _____
Función: _____	Teléfono del trabajo: _____	_____
Nombre: _____	Teléfono de la casa: _____	Domicilio sí éste es diferente: _____
Función: _____	Teléfono del trabajo: _____	_____
Nombre: _____	Teléfono de la casa: _____	Domicilio sí éste es diferente: _____
Función: _____	Teléfono del trabajo: _____	_____

Sí usted tiene alguna pregunta con respecto a éste plan o de cualquiera de las personas trabajando con su hijo/a, por favor llame a la persona enlistada como la Coordinadora de Servicios.

Nombre: _____ Teléfono: _____ Domicilio de la agencia: _____

Fechas de las juntas del IFSP:

Provisional _____ / _____ Inicial _____ / _____ Anual _____ / _____ transición _____ / _____
(Fecha Enviada) (Fecha enviada) (Fecha enviada) (Fecha enviada)
Revisión periódica _____ / _____ Revisión periódica _____ / _____ Revisión periódica _____ / _____ Revisión periódica _____ / _____
(Fecha Enviada) (Fecha enviada) (Fecha enviada) (Fecha enviada)

Nombre del niño/a: _____

CONFIDENCIAL

FECHA: INTERESES FAMILIARES Y PRIORIDADES DESEADAS:

Nombre del niño/a: _____

CONFIDENCIAL

FECHA: FUERZAS Y/O CUALIDADES DEL NIÑO/A Y DE LA FAMILIA

(----- Indicación de la actualización periódica) Nombre del niño/a: _____

CONFIDENCIAL

NIVELES PRESENTES DE DESARROLLO DEL NIÑO/A

Area/fecha de la evaluación

Habilidades actuales

Vista / __ / __ / __ años ____ meses ____

__ / __ / __ / años ____ meses ____

Oído/ __ / __ / __ años ____ meses ____

__ / __ / __ / años ____ meses ____

Estado / __ / __ / __ años ____ meses ____
de salud

__ / __ / __ / años ____ meses ____

(----- Indicación de la actualización periódica) Nombre del niño/a: _____

CONFIDENCIAL

DESARROLLO DE LOS NIVELES PRESENTES DEL NIÑO/A

Area/fecha de la evaluación

Habilidades actuales

Habilidad de pensamiento y conocimiento / __ / __ / __ años ____ meses ____

__ / __ / __ / años ____ meses ____

Habilidades de Comunicación / __ / __ / __ años ____ meses ____

__ / __ / __ / años ____ meses ____

Habilidades de comportamiento social / __ / __ / __ años ____ meses ____

__ / __ / __ / años ____ meses ____

(----- Indicación de la actualización periódica) Nombre del niño/a: _____

CONFIDENCIAL

NIVELES PRESENTES DE DESARROLLO DEL NIÑO/A (CONTINUACION)

Area/fecha de la evaluación

Habilidades actuales

Ayuda personal y

Habilidades de adaptación / __ / __ / __ años ____ meses ____

__ / __ / __ / años ____ meses ____

Habilidades motora fina / __ / __ / __ años ____ meses ____
(movimiento de los músculos pequeños)

__ / __ / __ / años ____ meses ____

Habilidad motora gruesa / __ / __ / __ años ____ meses ____
(movimiento de los músculos grandes)

__ / __ / __ / años ____ meses ____

Nombre del niño/a: _____

CONFIDENCIAL

META Y RESULTADO

Meta / Resultado _____

Entusiasmo y recursos del niño/a y la familia, relacionados con esta meta:

¿Qué se hará y quién lo hará?

El progreso será revisado _____ por _____ a través de _____
(cada cuánto tiempo) (Por quién) (el medio usado)

Revisión del plan para estas metas

Fecha: _____ Próximos pasos a seguir:/Comentarios:

Cuánto progreso

Nombre del niño/a: _____

CONFIDENCIAL

META Y RESULTADO

Revisión del plan para estas metas

Fecha: Próximos pasos a seguir:/Comentarios:
 Cuánto progreso

Distrito escolar # _____ Nombre del niño/a: _____
 Provisional Inicial Anual Transición Revisión periódica Fecha: _____

CONFIDENCIAL

¿Hay algunas condiciones especiales para una transportación segura, para este niño/a?

LOS SERVICIOS QUE SERAN PROPORCIONADOS PARA REENFORZAR TODAS LAS METAS Y OBJETIVOS SON:

Servicio responsable	¿Con qué frecuencia? ¿Dónde? ¿Grupo o individual?	¿Cuanto tiempo ?	¿Cuándo comenzarán los servicios? Comienzo y termino	¿Quién paga?	¿Quién es
----------------------	---	------------------	--	--------------	-----------

Incluya una justificación, si la hay, por la cual el servicio no será proporcionado en el ambiente natural?

Distrito escolar # _____ Nombre del niño/a: _____
 Provisional Inicial Anual Transición Revisión periódica Fecha: _____

CONFIDENCIAL

¿Hay algunas condiciones especiales para una transportación segura, para este niño/a?

LOS SERVICIOS QUE SERAN PROPORCIONADOS PARA REENFORZAR TODAS LAS METAS Y OBJETIVOS SON:

Servicio responsable?	¿Con qué frecuencia? ¿Dónde? ¿Grupo o individual? ¿Ambiente natural?	¿Cuánto tiempo?	¿Cuándo comenzarán los servicios? Principio y final	¿Quién paga?	¿Quién es
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Incluya una justificación, si la hay, por la cual el servicio no será proporcionado en el ambiente natural?

Distrito escolar # _____ Nombre del niño/a: _____

CONFIDENCIAL

PLAN DE TRANSICION DEL IFSP

Fecha de la conferencia de transición: _____ Fecha estimada para la transición: _____

¿Qué necesita hacerse?

¿Quién es responsable?

Tiempo limite

Fecha en que se completo

Distrito escolar # _____ Nombre del niño/a: _____

CONFIDENCIAL

PLAN DE TRANSICION DEL IFSP

Fecha de la conferencia de transición: _____ Fecha estimada para la transición: _____

¿Qué necesita hacerse?

¿Quién es responsable?

Tiempo limite

Fecha en que se completo

Nombre del niño/a: _____

CONFIDENCIAL

EQUIPO DE TRABAJO DEL NIÑO Y LA FAMILIA

Miembros del equipo **presentes** en la junta: Provisional Inicial Anual Transición Revisión periódica Fecha: _____

Nombre:	Firma:	Posición	Domicilio y teléfono

Otras personas quienes son parte del equipo de la familia y del niño/a:

Nombre:	Firma:	Posición	Domicilio y teléfono	Inicial de la familia para las copias de las páginas enviadas.

PADRES / FAMILIA

Yo (nosotros) entendemos el contenido del IFSP y doy (damos) el consentimiento para todos los servicios del mismo, para que comiencen a menos que se indique algo diferente abajo en esta forma. Sí _____ No _____

Yo (nosotros) entendemos que se me enviará una copia del IFSP en un periodo de 7 días. Sí _____ No _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Comentarios:

