

PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA
Plan de Servicio Familiar Individual de Nebraska(IFSP)

CONFIDENCIAL

Nombre del Niño: _____	Tel: _____	Fecha del Aviso: _____
Fecha de Nac: _____	Numero de Seguro Social: _____	Fecha de recomendacion: _____
Fecha de Recomendación A Intervención Temprana: _____	Fecha de concentimiento para evaluar: _____	Dirección: _____ _____
Lengua que habla la Familia: <u>Español</u> _____	La familia quisiera un interprete: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Numero de Medicaid: _____
Padres/Guardianes:		
Nombre: _____	Tel en casa: _____	Fecha de MDT: _____
Role: <u>Padres</u> _____	Tel. del trabajo: _____	Dirección (si es diferente): _____

Si usted tiene alguna pregunta en relación a este programa o en relación a cualquier persona trabajando con su hijo, por favor llame a la persona en listada con Cordinadora de Servicios.

Nombre: _____ **Tel:** _____ **Dirección:** _____

Fechas de reunión para el IFSP:

Annual _____	Periodo: _____	Inicial: _____
------------------------	--------------------------	--------------------------

CONFIDENCIAL

IFSP:PREOCUPACIONES Y DESEOS DE LOS FAMILIARES

CONFIDENCIAL

IFSP: PUNTOS FAVORABLES DEL NIÑO Y DE LOS FAMILIARES

LOS PRESENTES NIVELES DE DESARROLLO DEL NIÑO

Area/Fecha de Evaluación

HABILIDADES CORRIENTES

Visión

Oído/Escuchar

Edo. de Salud

**Conocimiento/
Habilidad Cognisitiva de Penzar**

**Habilidad de
Comunicación**

LOS PRESENTES NIVELES DE DESARROLLO DEL NIÑO(CONTINUACION)

Socialización/Comportamiento

Auto-ayuda/Adaptación

**Habilidad de Extreminades
Inferiores.**

**Habilidad de Extremitades
Superiores.**

CONFIDENCIAL

METAS/ PROGRESO #1:

METAS/ PROGRESO

Niño/Familia habilidades y recursos en relación a esta meta:

Qué se hara/ por quién:

El progreso sera revisado: por lo menos en 6 meses **por:** el equipo de IFSP **atraves de:** observación , evaluación y reporte de los padres.

Revisión del Plan para esta meta:

Fecha:

SERVICIOS

Transporte:

Hay alguna condición especial para una transportación segura para este niño/a?

Asiento regular para carros.

LOS SERVICIOS QUE SERAN PROPORSIONADOS PARA SU APOYO EN TODAS LA METAS Y OBJETIVOS SERAN:

Servicios # 1

Servicio:

Dónde?:

Que tan seguido?

Grupo/individual?

Ambiente natural?

Qué tanto?

Si No

Empieza/termina

Quien paga?

Quien es responsable?

1. Incluya una justificación por la extensión, si hay alguna, por cual la los servicios no seran proveidos en un ambiente natural:

2. Notas Generales

CONTINUACION DE SERVICIOS

Servicios # 2

Sevicio:

Donde:

Que tan seguido?

Grupo/individual?

Ambiente natural?

Qué tanto?

Si No

Empieza/termina

Quien paga?

Quién es responsable?

1. Incluya una justificación por la extensión, si hay alguna, por cual la los servicios no seran proveidos en un ambiente natural:

2. Notas Generales

Servicios # 3

Sevicio:

Donde:

Que tan seguido?

Grupo/individual?

Ambiente natural?

Que tanto?

Si No

Empieza/termina

Quién paga?

Quién es responsable?

1. Incluya una justificación por la extensión, si hay alguna, por cual la los servicios no seran proveidos en un ambiente natural:

2. Notas Generales

CONFIDENCIAL

PLAN DE TRANSICION DEL IFSP

Intermedio

Inicial

Annual

Transicion

Revisión Periodica

Fecha:

Fecha de la conferencia de transición:

Fecha estimada para la transición:

Son más de los 90 días antes del tercer cumpleaños del niño, así que no se requiere de una afirmación para la transición de servicios.

EQUIPO NIÑO/FAMILIA

___ Intermedio ___ Inicial ___ Annual ___ Transición ___ Revisión Periodica Fecha: _____

Miembros del Equipo que Estubieron Presente en la junta:

Nombre/Firma:	Role:	Dirección y tel:	Firma en expediente
_____	_____	_____	[x]Si []No
Nombre/Firma:	Role:	Dirección y tel:	Firma en expediente
_____	_____	_____	[x]Si []No
Nombre/Firma:	Role:	Dirección y tel:	Firma en expediente
_____	_____	_____	[x] Si []No
Nombre/Firma:	Role:	Dirección y tel:	Firma en expediente
_____	_____	_____	[x] Si []No
Nombre/Firma:	Role:	Dirección y tel:	Firma en expediente
_____	_____	_____	[x] Si []No
Nombre/Firma:	Role:	Dirección y tel:	Firma en expediente
_____	_____	_____	[x] Si []No

Otros que son parte del Equipo del/la Niño/Familia:

Nombre/Firma:	Role:	Dirección y tel:	Firma en expediente
_____	_____	_____	_____
Nombre/Firma:	Role:	Dirección y tel:	Firma en expediente
_____	_____	_____	_____

Padres/ familia

Yo/nosotros entiendo/entendemos el contenido del IFSP y damos consentimiento para todos los servicios en el IFSP para que comiencen a menos que se indique abajo. Si No

Yo/nosotros entiendo/entendemos que una copia del IFSP será distribuida en los próximos 7 días hábiles . Si No

Firma del Padre/Tutor:

Fecha:

Firma en expediente
 Si No

Firma del Padre/Tutor:

Fecha:

Firma en expediente
 Si No

Comentarios: