

## Opciones para el uso colectivo del prototipo del plan IFSP

**Propósito:** Puede que algunos proveedores de servicios utilicen actualmente formularios que puedan sustituirse por algunas páginas de este prototipo, siempre que se incluyan los elementos resaltados con negritas y cursivas en sus planes IFSP personalizados (los elementos resaltados con ***negritas, cursivas y tipo del letra Impact*** corresponden a los requisitos federales para los planes IFSP).

**Formato:** Cada página de este prototipo está titulada según la función que cumple la información que en ella aparece:

Referido, admisión, recopilación de datos  
Información/Entrevista familiar  
Evaluación  
Plan  
Participación  
Revisión/Progreso  
Transición/Alto/Salida

Este prototipo tiene por función facilitar el proceso IFSP y debe utilizarse como un documento de constante actualización. La parte del plan ISFP propiamente tal consta de las páginas referido, admisión, y recopilación de datos; información familiar; evaluación; plan, y participación. Estas páginas se deben actualizar según sea necesario. Las páginas Revisión/Progreso y transición/despido/salida se utilizarían según fuese necesario.

**Anexos:** Además de estas páginas de prototipo o sustitución, algunos programas o servicios pueden tener páginas adicionales para cumplir sus requisitos específicos.

**Nota:** Este prototipo constituye un modelo para un plan IFSP que cumpla los requisitos federales, además de servir para recopilar información. **NO** pretende abarcarlo todo ni es de uso obligatorio. Todos los formularios utilizados en forma local para el programa *Early On*® deben estar archivados en el Distrito Escolar intermedio correspondiente a dicha área.

**Plan individualizado de servicios familiares de Michigan (IFSP)**

Persona que referido el caso al programa *Early On* \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**NOMBRE LEGAL DEL NIÑO:** \_\_\_\_\_ Residencia actual: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudad donde nació: \_\_\_\_\_ No. de SS: \_\_\_\_\_  SEXO MÁSCULINO  
 SEXO FEMENINO

Ascendencia:  Asiático americano  Negro o africano americano  Indio americano o nativo de Alaska  
 Hispano o latino  Blanco  Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico

Problemas y/o diagnóstico actuales del niño: \_\_\_\_\_

Distrito escolar de residencia: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

PADRE  TUTOR  MIEMBRO DE LA FAMILIA  PADRE DE CUIDADO TUTELAR

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Diurno: \_\_\_\_\_ Nocturno: \_\_\_\_\_ Idioma nativo/Modo de comunicación: \_\_\_\_\_

Se requiere intérprete:  Sí  No Se cuenta con intérprete:  Sí  No

PADRE  TUTOR  MIEMBRO DE LA FAMILIA  PADRE DE CUIDADO TUTELAR

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Diurno: \_\_\_\_\_ Nocturno: \_\_\_\_\_ Idioma nativo/Modo de comunicación: \_\_\_\_\_

Se requiere intérprete:  Sí  No Se cuenta con intérprete:  Sí  No

**PROVEEDOR DE SALUD PRIMARIO:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

COBERTURA MÉDICA				ESTADO DE BENEFICIOS					
	Sí	No	Pendiente	Número		Sí	No	Pendiente	Número
Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	SSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
CSHCS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	FSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
MI Child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					
Privada (plan primario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					
Privada (plan secundario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					

Otros miembros de la familia (nombre y parentesco):	Otros proveedores de salud:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Coordinador de servicios:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

SERVICIOS QUE ACTUALMENTE RECIBE LA FAMILIA (MARQUE TODO LO QUE SEA PERTINENTE)									
Educación:	Fecha inicial	Fecha final	Rec?	Plan usado	Salud mental:	Fecha inicial	Fecha final	Rec?	Plan usado
Early On (Sección C)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoyo familiar/servicios de discapacidad de desarrollo (DD)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación especial (Sección B)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salud mental para infantes/ Servicio basado en el hogar			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Salud pública:</b>					<b>FIA:</b>				
WIC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicios de empleo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CSHCS			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fondos de emergencia			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios de apoyo para bebés			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistencia pública			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunizaciones			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado de niños			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Servicios comunitarios/otro:</b>					<b>Servicios comunitarios/otro:</b>				
<b>Servicios comunitarios/otro:</b>									

**TIPO DE PLAN IFSP**

- IFSP provisorio/fecha \_\_\_\_\_  IFSP inicial/fecha \_\_\_\_\_  
 **Revisión semestral/fecha** \_\_\_\_\_  **Anual/fecha** \_\_\_\_\_  
 Otra fecha de revisión \_\_\_\_\_  Otra fecha de revisión \_\_\_\_\_

Circunstancias especiales que retrasaron el plan IFSP más de 45 días después del referido: \_\_\_\_\_

**Información familiar**

Si la familia autorizó la realización de una entrevista en el formulario de consentimiento de evaluación:

	Recursos/fortalezas de la familia	Preocupaciones de la familia	Preferencias de la familia
<u>MEDICINA/SALUD</u> (médico, seguro, inmunizaciones, nutrición, salud dental, uso de sustancias, medicamentos actuales, audición, vista, etc.)			
<u>EDUCACIÓN</u> (servicios de rehabilitación, desarrollo de destrezas, escuela, capacitación técnica, universidad, etc.)			
<u>NECESIDADES MATERIALES</u> (transporte, vivienda, servicios públicos, alimentación, vestimenta, etc.)			
<u>EMPLEO/FINANZAS</u> (empleo, ingresos, presupuesto, etc.)			
<u>ASUNTOS LEGALES</u> (custodia-proceso judicial, asistencia legal, mantenimiento de niños, desalojos, disputas civiles, etc.)			
<u>SEGURIDAD</u> (entorno físico, violencia doméstica, abuso/negligencia infantil, problemas médicos y/o de salud mental, etc.)			
<u>ACTIVIDADES SOCIALES/ RECREATIVOS/ESPIRITUALES</u> (organizaciones religiosas, actividades culturales, recreación, amistades, etc.)			
<u>PROBLEMAS PSICOLÓGICOS/ EMOCIONALES</u> (descanso, autoestima, relaciones familiares, salud mental, estrés, etc.)			

**Coloque un número al lado de cada aspecto en la columna “Problemas de la familia” para clasificar las preocupaciones/necesidades de la familia en orden de prioridad.**

**Estado actual del desarrollo del niño**

La opinión clínica informada para determinar la elegibilidad del niño debe basarse en la integración de las 4 siguientes fuentes de información. Si la elegibilidad se determinó sin usar una o más de estas fuentes, marque las casillas pertinentes y explique por qué no se utilizaron dichas fuentes. \_\_\_\_\_

- Historial de desarrollo     Estado de salud     Observación de los padres y el niño     Evaluación del desarrollo

**Todas las secciones de esta tabla son obligatorias.**

Área	Estado de desarrollo actual		Método/Herramienta – Persona que llena el formulario (nombre/cargo)	Prioridades de la familia
	Fecha/información de los padres	Fecha/información de profesionales		
Salud <input type="checkbox"/> ver detalles adjuntos				
Audición <input type="checkbox"/> ver detalles adjuntos				
Vista <input type="checkbox"/> ver detalles adjuntos				
Motricidad fina <input type="checkbox"/> ver detalles adjuntos				
Motricidad gruesa <input type="checkbox"/> ver detalles adjuntos				
Capacidad cognoscitiva/ pensamiento <input type="checkbox"/> ver detalles adjuntos				
Comunicación <input type="checkbox"/> ver detalles adjuntos				
Capacidad social/emocional <input type="checkbox"/> ver detalles adjuntos				
Capacidad de adaptación/ autoayuda <input type="checkbox"/> ver detalles adjuntos				

**Planificación de evaluación:**

¿Cuándo y dónde debe realizarse? \_\_\_\_\_

¿Si pudiera invitar a alguien, quién desearía que estuviese presente? \_\_\_\_\_

¿Qué le ayudaría a prepararse para la evaluación? \_\_\_\_\_

**Resultado No. \_\_\_\_\_**

***DECLARACIÓN DE META/RESULTADO*** – Lo que deseáramos que le sucediera a este niño/familia.

**ESTADO ACTUAL** – ¿Qué le sucede ahora?

**¿CUÁLES SON LOS PASOS** (objetivos) para alcanzar este resultado?

Tiempo esperado como plazo

Estrategias o métodos para alcanzar este resultado durante las actividades y rutinas diarias del niño y la familia. ¿Cómo sabrá que se ha alcanzado el objetivo?

Personas que estarán involucradas.

Explique cómo y por qué el resultado no puede lograrse en el ambiente natural del niño con apoyo suplementario; incluya las opciones que se han estudiado.

<b><i>Código de servicio</i></b>	<b><i>Iniciales de los padres</i></b>	<b><i>Frecuencia (¿Cuán a menudo?) Intensidad (¿Cuánto tiempo?)</i></b>	<b><i>Individual o en grupo</i></b>	<b><i>Fecha Inicial</i></b>	<b><i>Fecha final</i></b>	<b><i>Código de lugar</i></b>	<b><i>Código de financiamiento</i></b>

**Otros servicios**

Hasta el grado que sea pertinente, el plan IFSP debe documentar los servicios que no son mandatorios o no están cubiertos bajo la Sección C. Enumerar estos servicios no significa que deberán proveerse, sin embargo, su identificación puede ayudar tanto a la familia como al coordinador de servicios a conseguirlos, ya sea mediante fuentes públicas o privadas. Estos servicios deben corresponder a los resultados identificadas por la familia.

<b><i>Servicio</i></b>	<b><i>Resultado No.</i></b>	<b><i>Fecha inicial mes/día/año</i></b>	<b><i>Duración (meses)</i></b>	<b><i>Información del proveedor</i></b>	<b><i>Código de financiamiento</i></b>

**El resultado/meta No.** \_\_\_\_\_ debe revisarse al menos cada seis meses **O BIEN** más a menudo si la familia solicita una revisión para determinar el grado de progreso en el logro de los resultados y si fuese necesario modificar o revisar los resultados o servicios. El equipo utilizará la siguiente escala para evaluar el progreso:

- 1 – La situación ha cambiado, el resultado ya no es necesaria
- 2 – La situación no ha cambiado, el resultado aún es necesaria
- 3 – El resultado se ha alcanzado en forma parcial
- 4 – La solución ya se alcanzó

**Fecha de revisión:**

<b>Resumen del progreso</b>	Evaluación del equipo	<b>Modificaciones/Revisiones</b>

Yo participé en la revisión de este resultado.

Iniciales de los padres

### ***Equipo de desarrollo y colaboradores del plan IFSP***

***Las reuniones del plan IFSP deben incluir a uno o ambos padres, otros miembros de la familia a solicitud de los padres, un defensor/procurador o persona fuera de la familia a solicitud de los padres, el coordinador de servicios, las personas directamente involucradas en la realización de las evaluaciones y análisis y, según sea pertinente, las personas que proveerán servicios al niño o la familia.***

Nombre y rol con letra imprenta	Firma	Agencia/Programa (si es pertinente)	Teléfono

Consentimiento de los padres:

- He firmado una autorización para compartir información con otras agencias/programas.
- Ayudé a elaborar este plan. Comprendo y estoy de acuerdo con su contenido. Estoy de acuerdo con todos los servicios que he aprobado con mis iniciales.
- Se me ha explicado el programa *Early On* así como también mis derechos.
- No estoy de acuerdo con este plan IFSP.

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

***Firma del coordinador de servicios*** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El plan se revisará nuevamente el \_\_\_\_\_ (fecha). El plan debe revisarse al menos cada seis meses **O BIEN** más a menudo si la familia lo solicita.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Planificación de la transición El plan IFSP debe incluir los pasos necesarios para asistir al niño en su transición hacia, dentro y desde el sistema de intervención temprana Early On. Esta sección puede llenarse durante una revisión o evaluación periódica del plan IFSP, o en cualquier otro momento según sea pertinente. Las actividades de transición incluyen el análisis con los padres (y la capacitación de los mismos), sobre ubicaciones futuras, y los procedimientos necesarios para preparar al niño, la familia, y los proveedores de servicios para estos cambios. Con el consentimiento de los padres, se comparte información sobre el niño con los futuros proveedores para garantizar la continuidad de los servicios y contribuir a una planificación eficaz. **Las necesidades de transición deben detallarse en un resultado del plan IFSP para proveer información más específica.**

¿Qué actividad se necesita?	Fecha inicial	¿Quién es responsable?	Fecha final
<b><i>Iniciar el análisis del proceso de transición con la familia</i></b>			
Revisar el progreso del niño			
Identificar los lugares actuales y las rutinas/ actividades diarias			
Analizar las opciones del niño <ul style="list-style-type: none"> <li>• educación especial</li> <li>• Programa Head Start</li> <li>• terapia/consultas con proveedores privados</li> <li>• programas de niñez temprana</li> <li>• actividades diarias de aprendizaje comunitarias</li> </ul>			
Visitar posibles entornos/programas antes de tomar una decisión			
Decidir sobre el siguiente entorno/programa del niño			
Conversar con el niño sobre la transición			
Preparar una lista de preguntas para el nuevo personal encargado del niño			
Escribir información sobre el niño que pudiera serle útil al nuevo personal			
<b><i>Enviar información especificada al nuevo personal con el consentimiento informado y por escrito de los padres</i></b>			
Los proveedores del nuevo entorno/programa visitan a la familia			
Visitar junto con el niño el entorno/programa nuevo y conocer al nuevo personal			
<b><i>Firmar el documento autorizando la entrega/dispocición del expediente del niño del programa Early On®</i></b>			
Asistir a una reunión con el personal de los entornos/programas actuales y nuevos			
El niño comienza a participar en el nuevo entorno/ programa			
El personal antiguo mantiene contacto, según sea pertinente, con la familia tras el inicio de las nuevas actividades			

Fecha de la transición \_\_\_\_\_ Lugar al cual se transfirió el niño \_\_\_\_\_



## ***Método para la provisión de servicios de intervención temprana\****

### **Opciones de servicios de intervención temprana**

### ***Lugar***

### ***Código de financiamiento***

16 – Tecnología asistencial	31 – Hogar	A. WIC
01 – Servicios audiológicos	33 – Programa para niños típicos	B. ISS
02 – Adiestramiento, consejería, visita al hogar	34 – Oficina del proveedor de servicios (paciente ambulatorio)	C. Educación especial
03 – Servicios de salud	35 – Programa de ayuda para niños con retrasos/discapacidades	D. Programa Early On
04 – Servicios de diagnóstico médico	36 – Hospital(paciente hospitalizado)	E. Seguro privado
05 – Servicios de enfermería	37 – Institución residencial	F. Medicaid
06 – Servicios de nutrición	38 – Otro entorno _____	G. FIA
07 – Terapia laboral		H. La familia
08 – Terapia ocupacional		I. CSHCS
09 – Servicios psicológicos		J. CMH
10 – Coordinación de servicios		K. MI Child
13 – Enseñanza especial		L. Otro _____
12 – Trabajo social		
14 – Habla/Lenguaje		
11 – Transporte		
17 – Servicios oftalmológicos		
15 – Otros servicios de intervención temprana _____		

\*Los servicios de intervención temprana deben satisfacer las necesidades de desarrollo del niño y las necesidades de la familia para mejorar el desarrollo del niño, y se basan en los resultados estipulados por la familia. Los servicios se seleccionan de común acuerdo con los padres y son proporcionados por personal calificado según lo estipulado en el plan IFSP. **Las familias aprueban con sus iniciales todos los servicios con lo cuales están de acuerdo.**