Programa para Bebés y Niños Pequeños de Idaho
Plan de Servicio Familiar Individualizado: Primera parte

Herramienta de evaluación y planeación

La misión del Programa para Bebés y Niños Pequeños de Idaho es ofrecer servicios y apoyo de intervención temprana de calidad para mejorar la capacidad de las familias de cubrir las necesidades de recién nacidos a niños de 3 años con retrasos de desarrollo o discapacidades.

Nos gustaría empezar por reunir cierta información de su hijo y familia. Esta información la compartiremos con su equipo, lo que ayudará a tomar decisiones sobre la elegibilidad y recomendaciones para posibles servicios.

Si su hijo es elegible, esta información se usará para desarrollar el Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP). Esta información también sirve como Evaluación de Coordinación de Servicios.

Información demográfica

Nombre del niño: _____ Fecha de nac.: _____ ❑ Fem. ❑ Masc.

Padre/Tutor: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Edo.: _____ CP: _____

Teléfono: _____ (t) □ (c) □ (c) □ Dirección de e-mail: _____

Otros teléfonos:_____ (t) □ (c) □ (c) □ : _____ (t) □ (c) □ (c) □

2o contacto: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Edo.: _____ CP: _____

Teléfono: _____ (t) □ (c) □ (c) □ Dirección de e-mail: _____

Idioma Principal de la familia: _____

Información de salud

Médico de la familia:_____ Medicaid #:_____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Edo.: _____ CP: _____

Teléfono: _____ *Dirección de e-mail*:_____

¿Contactos de salud? S N Aseguradora: _____ Póliza #: _____

Información sobre coordinación del servicio

Coordinador del servicio:_____ Agencia:_____

Dirección de agencia: _____ Ciudad: _____ Edo.: _____ CP: _____

Teléfono:_____ Dirección de e-mail:_____

Sección 1: Información de la familia

Describa el problema que le trajo al Programa para Bebés y Niños Pequeños. **¿Habló de este problema con el médico de su hijo o con otros profesionales? Explique.**
¿Qué espera que pase con su hijo y/o familia como resultado de su participación en el Programa para Bebés y Niños Pequeños?

El niño vive con:	**Relación:**
Otros cuidadores:	❑ Hogar temporal
El niño normalmente pasa el día con:	
Hermanos / edad:	
Mascotas:	
Otras personas importantes:	
Información importante adicional:	

HISTORIA DE SALUD	*Información adicional disponible:* □ *Expedientes médicos* □ *Informe médico/social* *Anexo___* *En archivo perm.___* □ *Otro:*
Describa la historia prenatal y de nacimiento, las condiciones médicas, enfermedades, lesiones, hospitalizaciones, vacunas, alergias, patrones de sueño, etc., de su hijo. ¿En su familia hay antecedentes de enfermedades físicas o mentales, discapacidad, deficiencia visual o auditiva?	

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

RUTINAS Y ACTIVIDADES FAMILIARES DEL NIÑO	*Recursos relacionados:* □ *Lista de verificación de actividades diarias basada en el interés* □ *Matriz de lista de verificación basada en actividades*

¿Qué es lo que más disfruta su hijo (como juguetes, personas, lugares, actividades, etc.)?

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

¿Hay actividades o rutinas que son difíciles o frustrantes para usted o su hijo?

¿Hay actividades/rutinas en la que su familia no participa debido a las necesidades de su hijo, pero que le interesaría hacer ahora o pronto?

¿Usted o su hijo ha participado en alguno de los siguientes programas?

Antes	Ahora	Departamento de Salud y Bienestar	Antes	Ahora	Servicios de Salud	Antes	Ahora	Otro
		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 nativoamericanos
		Cuidado en el hogar para ciertos niños discapacitados (Katie Beckett)			Clínica de planeación familiar			Revisión de EPSDT para niños sanos
					Clínica de maternidad			Seguro Social
		Protección de los niños			Programa especial de salud para los niños			IESDB
		Servicios de cuidado personal			Cuestionarios sobre edades y etapas			
		Intervención intensiva de la conducta						
		Salud mental de los niños o adultos						
		Apoyos familiares						

Comentarios:

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

DESARROLLO DE RECURSOS	*Recursos relacionados:* □ *Mapa ecológico de la familia (Mapa ECO)*

Las fortalezas y recursos de su familia pueden ayudar al aprendizaje de su hijo. Para mejor servir a su hijo, es bueno que conozcamos algunos problemas o preocupaciones que para usted son importantes. Puede compartir tanta información como pueda.

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

¿Tiene problemas para cubrir sus necesidades o la de su hijo?
De ser así, marque todas las respuestas que correspondan. Encierre en un círculo lo que más le preocupe:

- □ Físicos (alimento, albergue, transporte, etc.)
- □ Médicos (vista, audición, dental, vacunas y salud física)
- □ Salud y seguridad (nutrición, alimentación, ambiental, Protección para niños o adultos, etc.)
- □ Terapia (equipo de adaptación, evaluaciones, programa de citas)
- □ Sociales y emocionales (grupos de apoyo, grupos de juegos, medidas de apoyo, etc.)
- □ Necesidades y apoyos para la familia (cómo comunicar la discapacidad del niño, actividades recreativas, cuidados paliativos, asesoría, etc.)
- □ 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.)
- □ Personales (actividades recreativas, manejo del estrés, cuidados paliativos, asesoría legal, etc.)
- □ Planes a largo plazo (cambios que ocurrirán, transiciones, coordinación de servicios continuos, etc.)
- □ Financieros/Beneficios (ingreso, cuentas por pagar, Medicaid, SSI, Katie Beckett, etc.)
- □ Servicios de traducción / interpretación
- □ Otro

Describa todas las respuestas que marcó arriba:

¿Hay algún otro recurso del que quisiera más información?

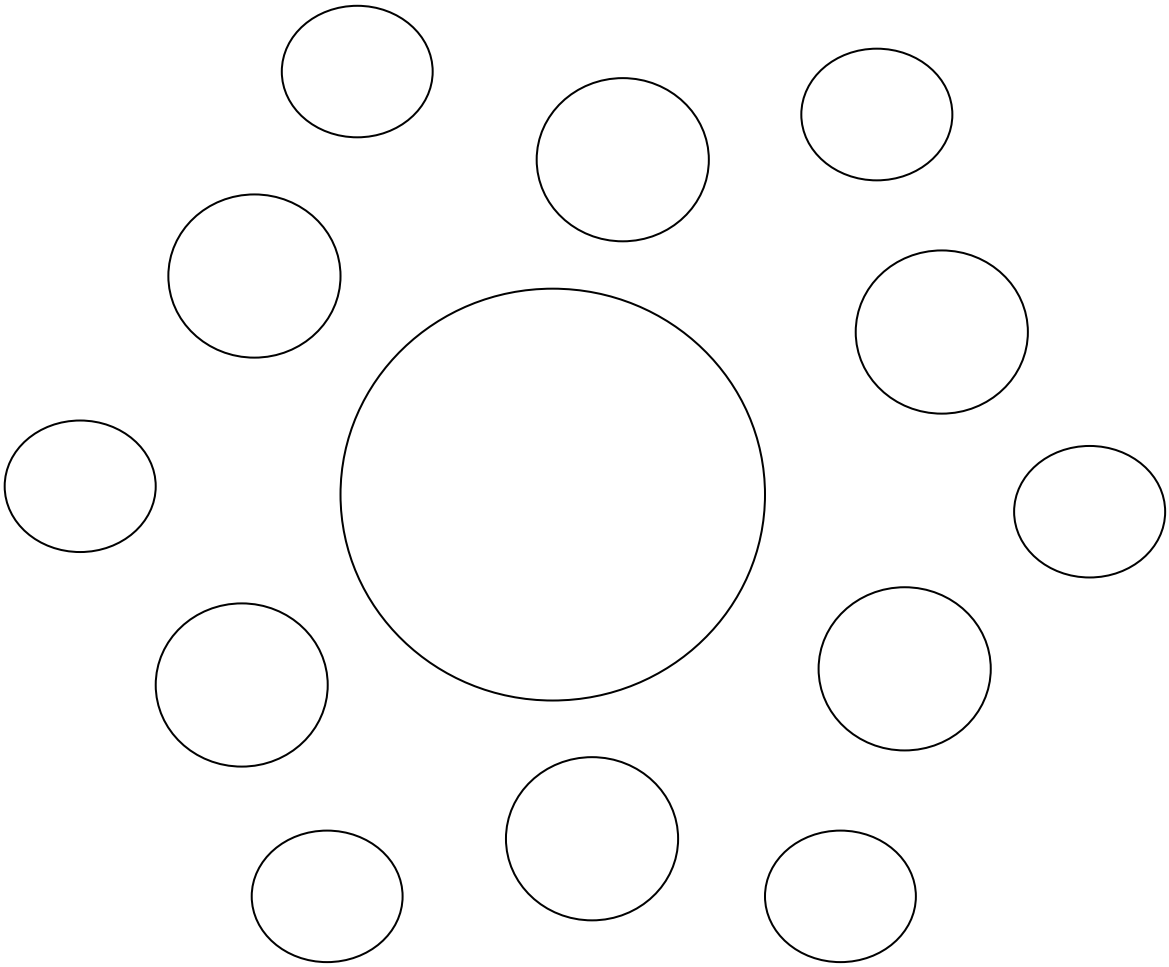
Más notas:

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Sección 1: Mapa ecológico

1. Cada miembro puede ser representado con el color que elija.
2. Relación de documentos y apoyos.
3. Las actividades que hace la familia junta se puede describir con otro color, que va desde el centro del círculo a la actividad fuera del círculo (Vea en el documento complementario las instrucciones y los ejemplos)



Las líneas que unen los círculos muestran las conexiones:

Macho □ Hembra O

Conexión fuerte ————

Conexión débil - - - - - - - -

Conexión estresante ┼─┼─┼─┼

Flujo de energía dentro y/o fuera de la familia

unidad o individual → ←

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Sección 2: Descripción del niño

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

Valoraciones visuales/auditivas (Marque las que correspondan)	
Visión Problema S ☐ N ☐ Valoración solicitada ☐ Resultados de la valoración: ☐ Pasó ☐ Referido Fecha de valoración: _____ Valoración realizada por: _____ Seguimiento necesario:	**Audición** Problema S ☐ N ☐ Recién nacido u otra valoración solicitada ☐ Recién nacido u otras resultados de valoración: ☐ Pasó ☐ Referido Fecha de valoración: _____ Valoración realizada por: _____ Seguimiento necesario:

¿Elegible para servicios?: ☐ **Sí** ☐ **No** **Fecha** _____

Comentarios:

Programa para Bebés y Niños Pequeños de Idaho
Plan de Servicio Familiar Individualizado: Segunda parte

Desarrollo del plan

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

Foto del niño/de la familia

Contamos con especialistas de diferentes antecedentes académicos y calificados que van a trabajar con y apoyar a su familiar para estimular el desarrollo y aprendizaje de su hijo. Las siguientes personas son miembros de su equipo de intervención temprana.

Nombre	Función	Agencia/Dirección	Teléfono	Email
	Padre			
	Coordinador de servicios			

Fotos del equipo de Intervención temprana (opcional)

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Sección 3: Resultados para el niño

Fecha del IFSP: _____ ☐ Anexo / Fecha: _____

☐ Inicial ☐ Anual ☐ Declaración actualizada del progreso / Fecha: _____

Ahora que ya identificamos los intereses y necesidades de su hijo, nos enfocaremos en lo que le gustaría que hiciera su hijo.

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

¿Qué hace su hijo ahora? (Nivel actual de función de su hijo 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 un progreso? ¿Qué cambiará? ¿Cuándo esperamos haberlo terminado? (Declaración del progreso/Criterios de éxito)

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

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

¿Cómo nos fue? (Revisión de la declaración de progreso/Criterios de éxito)

☐ Fecha: _____ **S**e logró: ¡Lo logramos!

☐ Fecha: _____ **C**ontinuar: Vamos bien. Sigamos.

La situación cambió:

☐ Fecha: _____ **D**iscontinuar: Ya no corresponde.

☐ Fecha: _____ **R**evisar: Vamos a intentar otra cosa.

Comentarios Fecha: _____

Sección 3: Resultados para el padre/cuidador

Fecha del IFSP: _____ ☐ Anexo / Fecha: _____

☐ Inicial ☐ Anual ☐ Declaración actualizada del progreso / Fecha: _____

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

Resultado # **¿Qué queremos lograr específicamente?** (Resultado funcional)

¿Ahora qué pasa?

¿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 *qué* actividades y rutinas regulares y *dónde* ocurrirá?)

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

¿Cómo nos fue? (Revisión de la declaración de progreso/Criterios de éxito)

☐ Fecha: _____ **S**e logró: ¡Lo logramos!

☐ Fecha: _____ **C**ontinuar: Vamos bien. Sigamos.

La situación cambió:

☐ Fecha: _____ **D**iscontinuar: Ya no corresponde.

☐ Fecha: _____ **R**evisar: Vamos a intentar otra cosa.

Comentarios Fecha: _____

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Sección 3: Resultados para la coordinación de servicios

Fecha de IFSP: _____ ☐ Inicial ☐ Anual ☐ Anexo / Fecha: _____

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 y familia tengan acceso a los recursos y apoyos. En esta página se describen los pasos y actividades para apoyarlos a usted y su hijo durante el proceso del sistema de intervención temprana.

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

Resultado # **¿Qué queremos lograr?** (Resultado deseado)	Fecha de inicio: Fecha fijada:
¿Quién hará qué? (Estrategias/Actividades)	Fecha de revisión: Código de progreso:_____ Comentarios:

Resultado # **¿Qué queremos lograr?** (Resultado deseado)	Fecha de inicio: Fecha fijada:
¿Quién hará qué? (Estrategias/Actividades)	Fecha de revisión: Código de progreso:_____ Comentarios:

En este cuadro se describen las medidas que puede tomar la familia en caso de emergencia.

Plan de contacto en caso de emergencia:	Fecha de revisión: Código de progreso: _____ Comentarios:

Códigos de revisión del progreso: N = Nuevo C = Continúa A = Se logró R= Revisado D = Descontinuado

Nombre del niño: _____
Fecha: _____

Sección 3: Resultados para la Coordinación de servicios; complementario

Fecha de IFSP: _____ ☐ Inicial ☐ Anual ☐ Anexo / Fecha: _____

Resultado # **¿Qué queremos lograr?** (Resultado deseado)	Fecha de inicio: Fecha fijada:
¿Quién hará qué? (Estrategias/Actividades)	Fecha de revisión: Código de progreso:_____ Comentarios:

Resultado # **¿Qué queremos lograr?** (Resultado deseado)	Fecha de inicio: Fecha fijada:
¿Quién hará qué? (Estrategias/Actividades)	Fecha de revisión: Código de progreso:_____ Comentarios:

Resultado # **¿Qué queremos lograr?** (Resultado deseado)	Fecha de inicio: Fecha fijada:
¿Quién hará qué? (Estrategias/Actividades)	Fecha de revisión: Código de progreso:_____ Comentarios:

Resultado # **¿Qué queremos lograr?** (Resultado deseado)	Fecha de inicio: Fecha fijada:
¿Quién hará qué? (Estrategias/Actividades)	Fecha de revisión: Código de progreso:_____ Comentarios:

Códigos de revisión del progreso: N = Nuevo C = Continúa A = Se logró R= Revisado D = Descontinuado

Nombre del niño: _____
Fecha: _____

Sección 4: Planeación de la transición

Fecha de IFSP: ☐ Inicial ☐ Anual ☐ Anexo / Fecha: _____

_____

Fecha que el niño cumple 3:_____

En esta página se describen las actividades de transición que usted y su familia pueden esperar en el próximo año. Las transiciones son cambios importantes que ocurren en sus servicios de intervención temprana o la vida de la familia, que incluyen: llevar a su hijo del hospital a la casa, cambiar de proveedor del cuidado de los niños, ir a preescolar, etc. Este plan le puede ayudar a explorar las opciones, cambios en el servicio proporcionado o identificar nuevas habilidades que tal vez necesite su hijo para tener más éxito en un nuevo entorno.

Actividades de transición	¿Quién es responsable?	Fecha de terminación

Transición para niños elegibles para servicios del distrito escolar

Avisar al distrito escolar de un niño potencialmente elegible	27-30 meses	Fecha fijada:	Fecha de terminación:
Pasos: (¿Quién hará qué?)			
Programas y realizar la junta de planeación de transición	27-33 meses	Fecha fijada:	Fecha de terminación:
Pasos: (¿Quién hará qué?)			
Completar las evaluaciones necesarias	30-36 meses	Fecha fijada:	Fecha de terminación:
Pasos: (¿Quién hará qué?)			
Asistir a juntas de elegibilidad por invitación	30-36 meses	Fecha fijada:	Fecha de terminación:
Pasos: (¿Quién hará qué?)			
Programar visitas de la familia, si es necesario	30-35 meses	Fecha fijada:	Fecha de terminación:
Pasos: (¿Quién hará qué?)			
Asistir a la junta de IEP por invitación	33-36 meses	Fecha fijada:	Fecha de terminación:
Pasos: (¿Quién hará qué?)			
Actividades posteriores a la transición	36+ meses	Fecha fijada:	Fecha de terminación:
Pasos: (¿Quién hará qué?)			
Otro		Fecha de inicio:	Fecha de terminación:

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Transición para niños elegibles para servicios del distrito escolar

Distrito escolar # _____ **Información de contacto:** _____

Sección 5: Resumen de servicios

Fecha de IFSP: _____ ☐ Inicial ☐ Anual ☐ Anexo / Fecha: _____

Revisión de 6 meses _____

Servicios de intervención temprana	**Persona(s)/ Agencia(s) responsables**	**Fecha de inicio** **Fecha final**	**Método** (Grupo/Individual) **Frecuencia** (Qué tan seguido) **Intensidad** (Total min/mes)	**Fuente de financia-miento** Si Medicaid, MID #	***NE** S o N

***NE:** De ser No, llene la página de Justificación de ambiente natural.

Descripción del diagnóstico: Código médico: Código educativo: Código de ITP:

Consentimiento de los Padres/tutores para la provisión de servicios

Participé en el desarrollo de este plan. Entiendo que con los recibos de mi Salvaguardas del procedimiento, esta plan es como un Aviso Previo por Escrito para la evaluación, colocación y/o provisión de los servicios mencionados. Doy mi consentimiento informado para que se realice el Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) según lo escrito.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del médico y autorización financiera

Revisé los servicios relacionados con la salud antes mencionados y certifico que médicamente son necesarios.

*Firma del médico: _____ Fecha: _____

He revisado y autorizo el pago para los servicios de intervención temprana arriba mencionados según lo definido en la Reautorización de la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA), Ley pública 108-446, Parte C.

Firma autorizada del titular de la agencia: _____ Fecha: _____

Justificación de ambiente natural

Los apoyos y servicios se deben proporcionar en entornos que sean naturales o típicos para los niños 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 antes posible.

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

Fecha de revisión:
Participantes (incluye padres/cuidador):
Recomendaciones: