

**Este es el  
PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR (IFSP)**

Para \_\_\_\_\_ y familia

IFSP Interino      IFSP Inicial      IFSP Anual

Fecha: \_\_\_\_\_

Coordinador de Servicio: \_\_\_\_\_

Líder de equipo: \_\_\_\_\_

**Nuestra Misión – La intervención temprana se basa en y presta apoyos y recursos para ayudarles a los miembros de familia y a los cuidadores para mejorar el aprendizaje y desarrollo de los niños mediante las oportunidades de aprendizaje diarias.**

## NIÑO Y FAMILIA

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Género: F M Núm. de ID del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de elegibilidad al AzEIP: \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de Servicio: \_\_\_\_\_ Agencia/Programa: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Con quien reside el Niño

Padre      Miembro de familia      Padre sustituto      Tutor

Nombre (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_

Dirección (*Núm., Calle, Ciudad, Condado, Estado, CP*): \_\_\_\_\_ Intersección o direcciones para llegar al hogar: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma utilizado por el padre o cuidador: \_\_\_\_\_ Necesita un intérprete: Sí No En caso afirmativo, ¿cuál idioma? \_\_\_\_\_

Distrito escolar: \_\_\_\_\_ Fecha cuando el Niño cumple 2.6: \_\_\_\_\_

### Cuidador adicional/Dirección

Padre      Miembro de familia      Tutor

Nombre (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_

Dirección (*Núm., Calle, Ciudad, Condado, Estado, CP*): \_\_\_\_\_ Intersección o direcciones para llegar al hogar: \_\_\_\_\_

***Si es diferente al anterior***

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma utilizado por el padre o cuidador: \_\_\_\_\_ Necesita un intérprete: Sí No En caso afirmativo, ¿cuál idioma? \_\_\_\_\_

### Información de la salud

Proveedor de atención primaria (PCP): \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del examen de la vista (*Lista de verificación del examen de la vista*): \_\_\_\_\_ Núm. de indicadores o factores de riesgo verificados: \_\_\_\_\_

Comentarios, próximo paso:

Fecha del examen auditivo (*El formulario de seguimiento del examen auditivo no es un examen auditivo*): \_\_\_\_\_

Resultados del OAE (*u otro examen auditivo*): Oído izquierdo \_\_\_\_\_ Oído derecho \_\_\_\_\_

***Si no se ha realizado un examen auditivo dentro de 6 meses, tienen que incluirse estrategias para obtener un examen.***

Comentarios, próximo paso:

Por favor, describa el estado de salud actual del niño. Incluya el diagnóstico (si corresponde), los especialistas involucrados, las enfermedades graves, las convulsiones, las hospitalizaciones y los medicamentos tomados regularmente, y cómo esto puede estar afectando el desarrollo del niño.

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
SERVICIO FAMILIAR  
EVALUACIÓN DEL NIÑO Y LA FAMILIA**

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Resumen del Desarrollo del Niño dentro de las Rutinas y Actividades**

Esta Evaluación del Niño y la Familia captará todas las áreas del desarrollo de mi niño dentro de los contextos de las rutinas y actividades diarias que son importantes para nuestra familia. Hablaremos de las áreas que identificamos van bien y las que no van bien, mientras hablamos de todas las áreas del desarrollo de mi niño. Puede darle seguimiento con mi copia de la Guía para Familias de la Evaluación del Niños y la Familia.

Comunicación    Movimiento    Pensamiento/Aprendizaje    Social/Conducta    Autoayuda    Visión    Audición

**Actividad (*marque una*):**

Despertarse	Vestirse	Cambiar pañales/Aseo personal
Hora de comer/aperitivos	Salidas	Juego
Hora de bañarse	Hora de dormir/siesta	Otro ( <i>describa</i> ): _____

**¿Cómo van las cosas? (*marque una para cada pregunta*):**

¿Para usted?	Van bien	Algunas inquietudes	Muchas inquietudes
¿Para su niño?	Van bien	Algunas inquietudes	Muchas inquietudes
¿Para otros cuidadores?	Van bien	Algunas inquietudes	Muchas inquietudes

**Comentarios o detalles:**

1. ¿Quién participa en esta actividad?

2. ¿Qué sucede ahora?

3. ¿Es esta una actividad en la cual le gustaría recibir apoyo de su equipo de intervención temprana?    Sí    No  
*Si es así, ¿qué aspecto tendría si marchaba bien?*

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
SERVICIO FAMILIAR  
EVALUACIÓN DEL NIÑO Y LA FAMILIA**

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Resumen del Desarrollo del Niño dentro de las Rutinas y Actividades**

Comunicación    Movimiento    Pensamiento/Aprendizaje    Social/Conducta    Autoayuda    Visión    Audición

**Actividad (*marque una*):**

Despertarse	Vestirse	Cambiar pañales/Aseo personal
Hora de comer/aperitivos	Salidas	Juego
Hora de bañarse	Hora de dormir/siesta	Otro ( <i>describa</i> ): _____

**¿Cómo van las cosas? (*marque una para cada pregunta*):**

¿Para usted?	Van bien	Algunas inquietudes	Muchas inquietudes
¿Para su niño?	Van bien	Algunas inquietudes	Muchas inquietudes
¿Para otros cuidadores?	Van bien	Algunas inquietudes	Muchas inquietudes

**Comentarios o detalles:**

1. ¿Quién participa en esta actividad?

2. ¿Qué sucede ahora?

3. ¿Es esta una actividad en la cual le gustaría recibir apoyo de su equipo de intervención temprana?    Sí    No  
*Si es así, ¿qué aspecto tendría si marchaba bien?*

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
SERVICIO FAMILIAR  
EVALUACIÓN DEL NIÑO Y LA FAMILIA**

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Resumen del Desarrollo del Niño dentro de las Rutinas y Actividades**

Comunicación    Movimiento    Pensamiento/Aprendizaje    Social/Conducta    Autoayuda    Visión    Audición

**Actividad (*marque una*):**

Despertarse	Vestirse	Cambiar pañales/Aseo personal
Hora de comer/aperitivos	Salidas	Juego
Hora de bañarse	Hora de dormir/siesta	Otro ( <i>describa</i> ): _____

**¿Cómo van las cosas? (*marque una para cada pregunta*):**

¿Para usted?	Van bien	Algunas inquietudes	Muchas inquietudes
¿Para su niño?	Van bien	Algunas inquietudes	Muchas inquietudes
¿Para otros cuidadores?	Van bien	Algunas inquietudes	Muchas inquietudes

**Comentarios o detalles:**

1. ¿Quién participa en esta actividad?

2. ¿Qué sucede ahora?

3. ¿Es esta una actividad en la cual le gustaría recibir apoyo de su equipo de intervención temprana?    Sí    No  
*Si es así, ¿qué aspecto tendría si marchaba bien?*

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
SERVICIO FAMILIAR  
EVALUACIÓN DEL NIÑO Y LA FAMILIA**

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Resumen del Desarrollo del Niño dentro de las Rutinas y Actividades**

Comunicación    Movimiento    Pensamiento/Aprendizaje    Social/Conducta    Autoayuda    Visión    Audición

**Actividad (*marque una*):**

Despertarse	Vestirse	Cambiar pañales/Aseo personal
Hora de comer/aperitivos	Salidas	Juego
Hora de bañarse	Hora de dormir/siesta	Otro ( <i>describa</i> ): _____

**¿Cómo van las cosas? (*marque una para cada pregunta*):**

¿Para usted?	Van bien	Algunas inquietudes	Muchas inquietudes
¿Para su niño?	Van bien	Algunas inquietudes	Muchas inquietudes
¿Para otros cuidadores?	Van bien	Algunas inquietudes	Muchas inquietudes

**Comentarios o detalles:**

1. ¿Quién participa en esta actividad?

2. ¿Qué sucede ahora?

3. ¿Es esta una actividad en la cual le gustaría recibir apoyo de su equipo de intervención temprana?    Sí    No  
*Si es así, ¿qué aspecto tendría si marchaba bien?*



## RESUMEN DE LOS INDICADORES DEL NIÑO/A

Tipo de IFSP: \_\_\_\_\_

Fecha de IFSP: \_\_\_\_\_

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

I-TEAMS ID: \_\_\_\_\_ Fecha de calificación: \_\_\_\_\_ Tipo de calificación: Admisión Salida Revisión

Categorías de elegibilidad: Retraso en el desarrollo Condición establecida Opinión clínica informada

MIEMBROS DEL EQUIPO DE IFSP ( <i>Incluye a cualquier persona que contribuye al proceso de calificación</i> )	PAPELES

FUENTES DE PRUEBAS DE APOYO	FECHAS

### 1. HABILIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES POSITIVAS (*Incluye las relaciones sociales*)

- En relación con los adultos
- En relación con otros niños
- Para niños mayores, puede seguir reglas relacionadas con grupos o interactuar con otros

1a. ¿Hasta qué punto demuestra este niño/a funcionamiento adecuado para su edad, en una variedad de entornos y situaciones, en este resultado?

Totalmente		A veces		Emergente		Aún no
7	6	5	4	3	2	1

1b. Describa las habilidades o conductas correspondientes a las habilidades sociales y emocionales positivas (incluyendo las relaciones sociales positivas).

¿Ha demostrado progreso el niño/a desde la última calificación?    Sí    No    N/A



## RESUMEN DE LOS INDICADORES DEL NIÑO/A

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### 2. OBTENER Y USAR HABILIDADES DEL CONOCIMIENTO

- **Piensa, razona, recuerda y resuelve problemas**
- **Entiende lenguaje y símbolos**
- **Entiende el mundo físico y social**

2a. ¿Hasta qué punto demuestra este niño/a funcionamiento adecuado para su edad, en una variedad de entornos y situaciones, en este resultado?

Totalmente		A veces		Emergente		Aún no
7	6	5	4	3	2	1

2b. Describa las habilidades o conductas correspondientes a la obtención y el uso de conocimiento y habilidades.

¿Ha demostrado progreso el niño/a desde la última calificación?    Sí    No    N/A

### 3. TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA SATISFACER LAS NECESIDADES

- **Satisface las necesidades básicas** (*por ejemplo, demuestra interés en comer vestirse, ir al baño, etc.*)
- **Se mueve de un lugar a otro (movilidad) y usa herramienta** (*por ejemplo, tenedores, cuerdas atadas a un objeto*)
- **Si tiene más de 24 meses, contribuye a su propia salud y seguridad** (*por ejemplo, sigue las reglas, ayuda con el lavado de manos, evita objetos no comestibles*)

3a. ¿Hasta qué punto demuestra este niño/a funcionamiento adecuado para su edad, en una variedad de entornos y situaciones, en este resultado?

Totalmente		A veces		Emergente		Aún no
7	6	5	4	3	2	1

3b. Describa las habilidades o conductas correspondientes a la toma de las medidas adecuadas para satisfacer las necesidades.

¿Ha demostrado progreso el niño/a desde la última calificación?    Sí    No    N/A

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
SERVICIO FAMILIAR  
RESULTADO PARA EL NIÑO Y LA FAMILIA**

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Resultado: \_\_\_\_\_

**Prioridad – ¿Qué prioridad tratará este resultado?** (*Consulte las **Prioridades** de la **Evaluación del Niño y la Familia***)

**Resultado – ¿Cómo se verá cuando las cosas van bien?** (*Consulte el **Resumen de Rutinas y Actividades y/o Áreas de Interés***)

**Estrategias – ¿Qué pasos específicos y Recursos Naturales nos ayudarán a alcanzar este resultado?** (*Incluya las personas e ideas que le ayudarán con esta actividad o rutina – consulte los **Recursos Naturales***)

**Estado de resultado**

En cada revisión, revisamos este resultado y documentamos el estado como equipo. El equipo del IFSP ha decidido:

Finalizar    Continuar    Discontinuar    Revisar    Fecha: \_\_\_\_\_

Describe:

Finalizar    Continuar    Discontinuar    Revisar    Fecha: \_\_\_\_\_

Describe:

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
SERVICIO FAMILIAR  
RESULTADO PARA EL NIÑO Y LA FAMILIA**

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Resultado: \_\_\_\_\_

**Prioridad – ¿Qué prioridad tratará este resultado?** (*Consulte las **Prioridades** de la **Evaluación del Niño y la Familia***)

**Resultado – ¿Cómo se verá cuando las cosas van bien?** (*Consulte el **Resumen de Rutinas y Actividades y/o Áreas de Interés***)

**Estrategias – ¿Qué pasos específicos y Recursos Naturales nos ayudarán a alcanzar este resultado?** (*Incluya las personas e ideas que le ayudarán con esta actividad o rutina – consulte los **Recursos Naturales***)

**Estado de resultado**

En cada revisión, revisamos este resultado y documentamos el estado como equipo. El equipo del IFSP ha decidido:

Finalizar    Continuar    Discontinuar    Revisar    Fecha: \_\_\_\_\_

Describa:

Finalizar    Continuar    Discontinuar    Revisar    Fecha: \_\_\_\_\_

Describa:

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
SERVICIO FAMILIAR  
RESULTADO PARA EL NIÑO Y LA FAMILIA**

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Resultado: \_\_\_\_\_

**Prioridad – ¿Qué prioridad tratará este resultado?** (*Consulte las **Prioridades** de la **Evaluación del Niño y la Familia***)

**Resultado – ¿Cómo se verá cuando las cosas van bien?** (*Consulte el **Resumen de Rutinas y Actividades y/o Áreas de Interés***)

**Estrategias – ¿Qué pasos específicos y Recursos Naturales nos ayudarán a alcanzar este resultado?** (*Incluya las personas e ideas que le ayudarán con esta actividad o rutina – consulte los **Recursos Naturales***)

**Estado de resultado**

En cada revisión, revisamos este resultado y documentamos el estado como equipo. El equipo del IFSP ha decidido:

Finalizar Continuar Discontinuar Revisar Fecha: \_\_\_\_\_

Describa:

Finalizar Continuar Discontinuar Revisar Fecha: \_\_\_\_\_

Describa:

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
SERVICIO FAMILIAR  
RESULTADO PARA EL NIÑO Y LA FAMILIA**

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Resultado: \_\_\_\_\_

**Prioridad – ¿Qué prioridad tratará este resultado?** (*Consulte las **Prioridades** de la **Evaluación del Niño y la Familia***)

**Resultado – ¿Cómo se verá cuando las cosas van bien?** (*Consulte el **Resumen de Rutinas y Actividades y/o Áreas de Interés***)

**Estrategias – ¿Qué pasos específicos y Recursos Naturales nos ayudarán a alcanzar este resultado?** (*Incluya las personas e ideas que le ayudarán con esta actividad o rutina – consulte los **Recursos Naturales***)

**Estado de resultado**

En cada revisión, revisamos este resultado y documentamos el estado como equipo. El equipo del IFSP ha decidido:

Finalizar    Continuar    Discontinuar    Revisar    Fecha: \_\_\_\_\_

Describa:

Finalizar    Continuar    Discontinuar    Revisar    Fecha: \_\_\_\_\_

Describa:

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
SERVICIO FAMILIAR TRANSICIÓN**

Tipo de IFSP: \_\_\_\_\_

Fecha de IFSP: \_\_\_\_\_

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Distrito escolar: \_\_\_\_\_ Fecha de elegibilidad al AzEIP: \_\_\_\_\_

Fecha de Planificación de Transición  
(*Consulte al calendario de transición del AzEIP*): \_\_\_\_\_ Fecha Final de  
Planificación de Transición: \_\_\_\_\_

Fecha de Conferencia de Transición  
(*Consulte al calendario de transición del AzEIP*): \_\_\_\_\_ Fecha cuando se celebró la  
Conferencia de Transición: \_\_\_\_\_

***Al afirmar con mis iniciales a continuación, reconozco que hemos hablado de los pasos de la Reunión sobre la Planificación de Transición necesarios para apoyar la transición de intervención temprana de mi niño/a y familia:***

\_\_\_\_\_ Mi Coordinador de Servicio me explicó que el propósito de la Reunión de Planificación de Transición es para hablar y documentar todos los pasos necesarios para asegurar que mi niño/a y familia tengan una transición de los servicios de intervención temprana a la edad de 3, sin complicaciones.

\_\_\_\_\_ Se tiene que haber finalizado una lista de verificación del examen de la vista dentro de los últimos 12 meses; Fecha del último examen de la vista de mi niño/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Se tiene que haber llevado a cabo un examen auditivo dentro de los últimos 12 meses; Fecha del último examen auditivo mi niño/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Si no se ha hecho un examen auditivo dentro de los últimos 12 meses, uno se llevará a cabo a más tardar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Recibí información de mi Coordinador de Servicio para ayudarme a obtener un examen auditivo para mi niño/a.

***Mi Coordinador de Servicio y equipo hablaron conmigo de los servicios y apoyos que pueden estar disponibles para mi niño/a y familia en la transición de los servicios de intervención temprana, lo cual incluye calendarios provisionales, tal como se documentan a continuación:***

\_\_\_\_\_ Opciones preescolares (*p.ej., escuela preescolar para niños discapacitados, privadas o comunitarias, programa Head Start*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Recursos comunitarios (*p.ej., programas de visitas domiciliarias, grupos de apoyo o capacitación para padres*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Las opciones disponibles mediante el seguro médico de mi niño/a y/u otras agencias públicas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mi Coordinador de Servicio habló de la necesidad de proporcionar consentimiento fundamentado antes de divulgar información sobre mi niño/a y familia con cualquier parte involucrada con el proceso de transición de mi niño/a.

\_\_\_\_\_ Mi familia tiene las siguiente preguntas, preocupaciones y prioridades con respecto a la transición de los servicios de intervención temprana de mi niño/a:

Como consecuencia de estas preguntas, preocupaciones y prioridades, el (los) Resultado(s) del IFSP se desarrollaron específicamente para apoyar a mi niño/a y familia. Consulte al número de Resultado(s) del IFSP \_\_\_\_\_.

**NOTIFICACIÓN DE PEA**

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi Coordinador de Servicio proporcionará una notificación, la cual incluye información demográfica sobre mi niño/a y familia a mi distrito escolar regional y al Departamento de Educación de Arizona (basándose en el Calendario de Transición del AzEIP), a menos de que opté a no recibir esta notificación al firmar la parte de opción de exclusión voluntaria del formulario de la Recomendación para Notificar a la PEA.

Fecha de envió de Notificación de PEA: \_\_\_\_\_ Fecha que el padre optó a no recibir Notificación: \_\_\_\_\_

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
 SERVICIO FAMILIAR TRANSICIÓN**

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**PLANIFICACIÓN DE LA CONFERENCIA DE TRANSICIÓN**

\_\_\_\_\_ **Consiento** a celebrar una Conferencia de Transición y entiendo que mi Coordinador de Servicio tiene que enviar una invitación para participar a un(os) representante(s) de mi distrito escolar regional. Además, me gustaría que se inviten a la Conferencia de Transición a las siguientes personas y/o programas:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **No consiento** a que se celebre una Conferencia de Transición y entiendo que mi Coordinador de Servicio no coordinará una reunión con mi distrito escolar regional.

Iniciales de la parte responsable	Actividades adicionales antes de la salida:	Fecha de logro
	Resumen de los indicadores a la salida del niño/a concluido.	
	Mi Coordinador de Servicio y equipo me proporcionaron una Encuesta Familiar de AzEIP, y me explicaron la importancia de llenarla.	
	Mi Coordinador de Servicio me proporciono una copia del expediente de mi niño/a antes de salir de la intervención temprana.	
	Si mi niño/a tiene derecho al Plan de Salud de AHCCCS, se le recomendará al AHCCCS para servicios continuos después de la edad de 3.	
	Si mi niño/a tiene derecho a la DDD, cuando cumpla 3 años mi familia tiene previsto: Permanecer inscrito en la DDD Salir de la DDD	
	Si mi niño/a actualmente no tiene derecho a la DDD, mi Coordinador de Servicio ha hablado de los requisitos para tener elegibilidad a la DDD, y mi Coordinador de Servicio y familia tienen previsto: Finalizar el proceso de solicitud de la DDD en este momento No finalizar el proceso de solicitud de la DDD en este momento	
	Otro:	
	Otro:	
	Otro:	

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
 SERVICIO FAMILIAR**

**SERVICIOS NECESARIOS PARA AVANZAR HACIA LOS RESULTADOS**

Tipo de IFSP: \_\_\_\_\_

Fecha de IFSP: \_\_\_\_\_

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. de resultado	Servicio de intervención temprana	*Intensidad	Frecuencia		Entorno del servicio H = Hogar C = Comunidad O = Otro <i>(Si es otro, llene la justificación a continuación)</i>	Método TL = Líder JV = Visitas en conjunto TC = Reunión del equipo NTL = Sin líder	Duración	
			Núm. de sesiones	Núm. de minutos por sesión			Fecha inicial prevista	Fecha final prevista
	Coordinación de Servicio				H C O			
					H C O			
					H C O			
					H C O			
					H C O			
					H C O			
					H C O			

Marque SOLO un Entorno del servicio primario: H C O

(El entorno primario es el entorno en el cual el bebé o niño pequeño recibe la mayor cantidad de horas de un servicio de intervención temprana.)

\*Intensidad: I = Individual UN = Varios niños con elegibilidad (2) UP = Varios niños con elegibilidad (3 o más)

**JUSTIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA QUE NO PUEDEN LOGRARSE DE MANERA SATISFATORIA EN UN ENTORNO NATURAL**

Servicio \_\_\_\_\_ Ubicación del servicio \_\_\_\_\_ Proveedor de servicio \_\_\_\_\_

Si no se proporciona un servicio de intervención temprana en el entorno natural, ¿cuál es la justificación de la decisión del equipo del IFSP que los resultados no pueden lograrse en el entorno natural?

Explique como los servicios de intervención temprana apoyarán la participación del niño en las rutinas y actividades para alcanzar los resultados del IFSP.

Explique el plan y la cronología para mover los servicios al entorno natural.



**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
 SERVICIO FAMILIAR  
 ACUERDO DE PAGOS PARA LOS SERVICIOS**

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El Coordinador de Servicio y la familia hablaron del uso de seguro privado y/o público de la familia:

Seguro público:

AHCCCS CMDP IHS DDD/ALTCS Otro (*p. ej., EPD/ALTCS*): \_\_\_\_\_

Plan de salud: \_\_\_\_\_

Plan de seguro privado: \_\_\_\_\_

**(Se requiere consentimiento antes de cobrarle a los seguros públicos y privados)**

Servicio de intervención temprana (no siglas)	Disciplina	*Fuente(s) de financiación (incluya todo lo que corresponda)

**\*Fuente de financiamiento:**

1 = Medicaid (AHCCCS/CMDP)

2 = Seguro Privado (PI)

3 = Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP)

4 = División de Discapacidades de Desarrollo (DDD)

5 = Sistema de Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS)

6 = Arizona State Schools for the Deaf and the Blind (Escuelas Estatales para los Sordos y Ciegos, ASDB)

**Otros servicios (implementados o necesarios)**

Los servicios tales como los médicos, recreativos, religiosos, sociales y otros servicios relacionados a los niños no requeridos o financiados bajo la intervención temprana que contribuyen a este plan.

- Los recursos que tiene su familia los cuales son útiles para satisfacer las necesidades de su niño o familia (*p.ej., relevo, cubierto bajo ALTCS*).
- Los recursos que le interesan para ayudar a su familia (*p.ej., WIC, cuidado de salud, etc.*).

Recurso(s), Servicio(s), y Apoyo(s)	Marque si es necesario	Fuente de Pago	Pasos para tomarse (incluya la persona responsable y la cronología)

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
SERVICIO FAMILIAR**

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO POR LOS PADRES PARA LOS SERVICIOS**

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**He participado en el desarrollo de este IFSP y entiendo que puedo aceptar o declinar cualquiera de o todos los servicios identificados en el IFSP. Entiendo que mi consentimiento para los servicios puede retirarse en cualquier momento. Por favor, escriba sus iniciales y firme a continuación.**

- \_\_\_\_\_ 1a. Estoy de acuerdo con el IFSP propuesto tal como está escrito. Además, entiendo que mi firma a continuación indica que: (a) He sido plenamente informado de los servicios que se proponen y de la razón que los servicios se proponen; (b) mi coordinador de servicios explicó mis derechos bajo este programa; y (c) Doy consentimiento para llevar a cabo este IFSP tal como está escrito.
- \_\_\_\_\_ 1b. No estoy de acuerdo con el IFSP propuesto tal como está escrito (El formulario de aviso por escrito previo tiene que llenarse y entregarse a la familia). Sin embargo, consiento a los siguientes servicios o frecuencia:

- \_\_\_\_\_ 2. Mi Coordinador de Servicios explicó mis derechos bajo este programa.  
Acepto      No acepto      una copia en escrito del Manual de Derechos de la Familia del AzEIP.
- \_\_\_\_\_ 3. He recibido una copia de la Encuesta Familiar del AzEIP (Anual o de Transición/Salida del IFSP).

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Además de la publicación de este IFSP a los miembros del equipo, doy mi consentimiento para que se envíe una copia del IFSP a las personas o agencias indicadas a continuación.**

Nombre de la persona o agencia ( <i>p.ej., pediatra, programa de Early Head Start</i> )	Propósito

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

**Entiendo que he acordado a divulgar mi IFSP a la persona o agencia indicada anteriormente y que la persona o agencia no pueden divulgar este IFSP sin mi consentimiento. Este consentimiento es válido por un año a menos que lo retracte en cualquier momento.**

