

**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: _____

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: _____

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 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 siguientes 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 envío 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 SATISFACTORIA 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**
CONSENTIMIENTO INFORMADO POR LOS PADRES PARA LOS SERVICIOS

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

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.

SUPLEMENTO DE PLAN DE SERVICIO CENTRADO EN LA PERSONA (PCSP) PARA EL PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR (IFSP)

- III. PREFERENCIAS Y FORTALEZAS**
 - a. Apoyos médicos e información
 - b. Medicamentos
 - c. Servicios de detección preventiva
- VII. SERVICIOS AUTORIZADOS**
 - a. Servicios y apoyos pagados
 - b. Apoyos no pagados
- VIII. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS**
- IX. EVALUACIÓN DE RIESGOS**
- XI. PLAN DE ACCIÓN**
- XII. CONSENTIMIENTO INFORMADO**
- XIII. INFORMACIÓN DE LA PRÓXIMA REUNIÓN**

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento: # de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO/DENTAL/CONDUCTUAL (Continuación):

NOMBRE/DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO	ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR	ÚLTIMA VISITA	PRÓXIMA VISITA	¿NECESITA TRANSPORTE O ATENCIÓN DE UN ACOMPAÑANTE?

¿Usa la medicina alternativa, tradicional u holística? Sí No

RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN (Incluya los días efectivos de cualquier cambio a la cobertura o proveedores de seguro):

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

Proveedor adicional e información de apoyo

REVISE LA INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR Y DEL APOYO POR SI EXISTEN CAMBIOS:

¿Ha cambiado su información de proveedor y de apoyo desde la última reunión? Sí No

¿Tiene un proveedor?	Tipo de proveedor	Agencia Proveedora	Nombre del proveedor	Información de contacto
Sí N/A	Centro de vivienda asistida			
Sí N/A	Servicios de salud conductual			
Sí N/A	Representante de salud comunitaria			
Sí N/A	Programa diurno/Atención médica diurna para adultos			
Sí N/A	Servicios de atención directa			
Sí N/A	Servicios de alerta en caso de emergencia			
Sí N/A	Habilitación			
Sí N/A	Habilitación residencial (Hogares de acogida (GH), Programa de Desarrollo de Adultos en el Hogar (ADH), Programa de Desarrollo de Menores en el Hogar (CDH))			
Sí N/A	Hemodiálisis			
Sí N/A	Comidas entregadas a domicilio			
Sí N/A	Cuidados paliativos/de hospicio			
Sí N/A	Enfermería			
Sí N/A	Nutrición			
Sí N/A	Terapia ocupacional			
Sí N/A	Terapia física			

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

¿Tiene un proveedor?		Tipo de proveedor	Agencia Proveedora	Nombre del proveedor	Información de contacto
Sí	N/A	Enfermera de salud pública			
Sí	N/A	Relevo			
Sí	N/A	Programas para personas de la tercera edad			
Sí	N/A	Centro de enfermería especializada/Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF-ID)			
Sí	N/A	Terapia del habla			
Sí	N/A	Rehabilitación vocacional			
Sí	N/A	Programa de empleo			
Sí	N/A	Otro:			

**Cuidado directo, cuidado personal, trabajo doméstico*

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS / FRECUENCIA	¿POR QUÉ ESTÁ TOMANDO ESTE MEDICAMENTO? (Para medicamentos de salud conductual incluya el tipo de uso del medicamento)	¿EL MEDICAMENTO ES EFECTIVO? (SÍ/NO) (Si su respuesta es no, dé detalles)	¿TIENE EFECTOS SECUNDARIOS? (SÍ/NO) (Si la respuesta es sí, dé detalles)	MÉDICO PRESCRIPTOR

¿Dónde surte sus recetas médicas? _____

¿Se está tomando sus medicamentos como se los recetaron? Si no es así, ¿por qué? ¿Qué apoyo/asistencia le ayudaría a hacerlo?

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

EQUIPO MÉDICO O ADAPTATIVO	¿PARA QUÉ SE USA EL EQUIPO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE USA?	¿QUIÉN PROVEE EL EQUIPO?

¿Ha habido algún cambio en sus materiales médicos desde la última reunión? Sí No

Escriba todos los materiales médicos cubiertos:

MATERIALES MÉDICOS	¿PARA QUÉ SE USAN LOS MATERIALES?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE USAN?

Altura (*pulgadas*): _____

Fecha estimada de registro: _____

No está disponible

Peso: _____

Fecha estimada de registro: _____

No está disponible

Índice de masa corporal (IMC) (*miembros pediátricos*): _____

Documente la educación acerca del índice de masa corporal para los miembros pediátricos (*si corresponde*):

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

SERVICIOS DE DETECCIÓN PREVENTIVA

¿Se ha realizado alguno de los siguientes servicios preventivos en el último año?

Examen de la vista anual/de retina dilatada (DRE)

Examen de presión arterial

Examen de detección del cáncer

Examen cervical

Examen de detección de cáncer de colon

Examen dental

Servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés)
(consulte el calendario de exámenes periódicos)

Examen de planificación familiar

Examen de salud general

Hemoglobina a1C (HbA1c)

Examen de audición

Perfil de lípidos/Examen de colesterol

Mamografía de exploración

Examen de osteoporosis

Examen de la próstata

Educación/Concientización/Protección de enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Otro: _____

Otro: _____

RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN:

Vacuna contra la gripe: No Sí Fecha: _____

Vacuna contra la neumonía: No Sí Fecha: _____

¿Ha pasado una noche como paciente en un hospital? Sí No

¿Ha ido a la sala de urgencias para recibir atención y no fue ingresado al hospital (incluidas las 23 horas de observación)? Sí No Si su respuesta es "sí", describa la frecuencia y las circunstancias:

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de ID de AHCCCS: _____ Fecha de reunión: _____

¿Tiene alguna cirugía o algún procedimiento programado en los próximos seis meses? Sí No
Si su respuesta es "sí", dé detalles:

Si es un menor, ¿cuándo fue la última consulta de bienestar infantil (consulta EPSDT)? _____

¿Lo han evaluado a usted (el miembro) por la necesidad de recibir una determinación de elegibilidad de un trastorno mental grave (SMI)? Sí No N/A (para miembros ya designados con un trastorno mental grave (SMI) o para quienes el miembro/HCDM ha rechazado la opción de designación de SMI)

RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN:

Si se determina que padece un trastorno mental grave, ¿el miembro ha sido evaluado/remitido a la ayuda especial de la Oficina de Derechos Humanos (OHR, por sus siglas en inglés)? Sí No Si su respuesta es "no", explique el por qué:

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

VII. SERVICIOS AUTORIZADOS

Servicios/Apoyos pagados

La documentación deberá contener la confirmación de que todos los servicios se están recibiendo como se programaron y abordar cualquier interrupción en los servicios, si es que existen. Si se identifican interrupciones, el equipo debe desarrollar un plan para asegurar que se estén recibiendo los servicios autorizados. Documentar la satisfacción del miembro con los servicios y proveedores de atención a largo plazo.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

Para las personas que viven en su propio hogar, asegúrese de que se hayan analizado todos los modelos de servicio usando el árbol de decisiones de las opciones de servicio para miembros de ALTCS.

Para los miembros que han elegido la opción de la agencia Agency with Choice o de servicios de cuidados autodirigidos a domicilio, haga las siguientes preguntas para ayudar a evaluar si están cumpliendo o no con sus respectivas funciones y responsabilidades y/o si necesitan apoyo adicional, incluidos los servicios de capacitación para miembros que puedan autorizarse.

RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN:

Modelo de servicio seleccionado

Tradicional	Agency with Choice (Agencia con elección)	Proveedor independiente (DDD)	
Servicios de cuidados autodirigidos a domicilio		Cuidado directo por parte del cónyuge	N/A

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Servicios/Apoyos no pagados

La documentación reflejará los apoyos no pagados que ayudarán al miembro a lograr sus metas y al proveedor de esos servicios y apoyos, incluidos los apoyos naturales. Los apoyos naturales son apoyos no pagados que se brindan voluntariamente a la persona en lugar de los servicios pagados de ALTCS HCBS. Los apoyos informales/naturales deben indicarse en el Solicitud para la Certificación inicial de los Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés), según corresponda.

¿A usted le ayudan personas a las que no se les paga por hacerlo? ¿Está satisfecho con la manera en que lo están ayudando? ¿Siente que estos apoyos le ayudan a poder hacer más? ¿Salir a lugares? ¿Está usando recursos comunitarios actualmente? ¿Qué tipo de apoyo necesita de un apoyo natural para que le ayude a lograr sus metas personales?

ESCRIBA LOS “APOYOS NATURALES” NO PAGADOS QUE INTERVIENEN EN LA VIDA DEL MIEMBRO:

DOCUMENTE LOS RECURSOS COMUNITARIOS DE LOS QUE SE HABLÓ:

Servicios de ALTCS						
SERVICIO Y PROVEEDOR	FRECUENCIA DEL SERVICIO QUE YA RECIBÍA ANTES DE ESTA EVALUACIÓN	FRECUENCIA DEL SERVICIO ACTUALMENTE EVALUADO	CAMBIO DE SERVICIO		FECHA DE COMIENZO/ FINAL	MIEMBRO/ HCDM
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

VIII. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Lo siguiente se usará para identificar los riesgos que comprometen el estado de salud general y la calidad de vida de la persona.

CADA PERSONA DEBE SER EVALUADA POR RIESGOS.

- Indique lo siguiente, según corresponda, junto a cada riesgo identificado a continuación: **EM** (Gestionado eficazmente); **FA** (Evaluación adicional); **RR** (Derechos restringidos); **MRA** (Acuerdo de riesgos calculados).
- Tome en cuenta los riesgos normales e inusuales para la persona en varias áreas de su vida.
- Cuando se identifican los riesgos, el equipo buscará los factores que conducen al riesgo.
- Entonces, el equipo desarrolla contraataques e intervenciones para minimizar o prevenir el riesgo.

Riesgos médicos y de salud

Alergias	_____	Enfermedad informada/no informada	_____
Aspiración y/o neumonía	_____	Dolor informado/no informado	_____
Asfixia	_____	Control de medicamentos inseguros	_____
Estreñimiento	_____	Dependiente del ventilador/traqueostomía	_____
Deshidratación	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Diabetes	_____		_____
Dietético	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Enfermedad renal en etapa terminal (ERT)	_____		_____
Alimentación por sonda	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Problemas del corazón; presión arterial alta o baja	_____		_____
Hepatitis C	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Restricciones médicas	_____		_____
Uso de oxígeno	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Embarazo	_____		_____
Rehusarse a recibir atención médica	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Convulsiones	_____		_____
Padecimientos de salud graves o crónicos	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Agrietamiento de la piel	_____		_____

Riesgos de seguridad y autoayuda

Acceso a cuerpos de agua	_____	Movilidad o deambular	_____
Acceso a medicamentos	_____	Seguridad y limpieza de la residencia	_____
Involucración del tribunal*	_____	Seguridad en el vehículo	_____
No puede evacuar o no evacua una casa o vehículo en caso de una emergencia	_____	Temperatura del agua	_____
Explotación	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____
Caídas	_____		_____
Seguridad con químicos domésticos	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____
Falta de habilidades de seguridad en caso de un incendio	_____		_____
Falta de juicio o dificultad para entender las consecuencias	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____
Falta de supervisión	_____		_____
Pérdida de la memoria	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

Riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida

Intento de suicidio	_____	Abuso de sustancias: drogas, alcohol u otro	_____
Involucración del tribunal*	_____	Enfermedad/lesión traumática	_____
Expresa pensamientos suicidas	_____	Uso peligroso de materiales inflamables	_____
Conducta extrema de búsqueda de alimentos o líquidos	_____	Uso de objetos como armas	_____
Daño a los animales	_____	Comportamiento de ambular o buscar salidas	_____
Conducta sexual ilegal o de alto riesgo	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Conducta ilegal	_____		
Comportamiento sexual inapropiado	_____		
Invade el espacio personal	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Aislamiento/Conducta de aislamiento	_____		
Enfermedad o lesión por ser veterano o por el servicio en el ejército	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Otros riesgos de salud mental, conductual o de estilo de vida: (<i>¿Pérdida de una persona querida, sentirse triste, enojado, o "No sentirse como usted mismo"?</i>)	_____		
Intervención de la policía pasada o posible	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Agresión física	_____		
Colocar o ingerir objetos no comestibles o PICA	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Destrucción de propiedad	_____		
Conductas auto abusivas	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Fumar cigarrillos de tabaco o eléctricos	_____		

Riesgos financieros

Explotación o abuso financiero	_____	Otro riesgo financiero:	_____
Falta de recursos individuales	_____		

* Puede incluir protecciones, restricciones y tratamientos ordenados por el juez

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

IX. EVALUACIÓN DE RIESGO

Esta sección solo corresponde si se restringen los derechos (RR, por sus siglas en inglés) del miembro o si se gestionan eficazmente (EM, por sus siglas en inglés) pero deben mantenerse para continuar minimizando o eliminando el riesgo. Si se identifica que un riesgo es gestionado eficazmente, la documentación debe incluir una descripción de cómo el riesgo se está gestionando eficazmente. La evaluación de riesgos incluirá información para identificar qué se hará de manera diferente para minimizar o eliminar el riesgo. El documento de la evaluación de riesgo debe ser fácil de entender sencillo, directo, visible y disponible fácilmente para el personal que trabaja directamente con la persona. Está diseñado para ayudar al personal de apoyo directo a proteger al miembro de los riesgos identificados.

¿Cuál es el riesgo? _____ Fecha cuando se identificó: _____

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (intervenciones que funcionan y no funcionan)?

¿Cuál es el riesgo? _____ Fecha cuando se identificó: _____

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (intervenciones que funcionan y no funcionan)?

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

IX. EVALUACIÓN DE RIESGO (*Continuación*)

Esta sección solo corresponde si se restringen los derechos (RR, por sus siglas en inglés) del miembro o si se gestionan eficazmente (EM, por sus siglas en inglés) pero deben mantenerse para continuar minimizando o eliminando el riesgo. Si se identifica que un riesgo es gestionado eficazmente, la documentación debe incluir una descripción de cómo el riesgo se está gestionando eficazmente. La evaluación de riesgos incluirá información para identificar qué se hará de manera diferente para minimizar o eliminar el riesgo. El documento de la evaluación de riesgo debe ser fácil de entender sencillo, directo, visible y disponible fácilmente para el personal que trabaja directamente con la persona. Está diseñado para ayudar al personal de apoyo directo a proteger al miembro de los riesgos identificados.

¿Cuál es el riesgo? _____ Fecha cuando se identificó: _____

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (*intervenciones que funcionan y no funcionan*)?

¿Cuál es el riesgo? _____ Fecha cuando se identificó: _____

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (*intervenciones que funcionan y no funcionan*)?

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Fecha de reunión: _____

IX. EVALUACIÓN DE RIESGO (*Continuación*)

Esta sección solo corresponde si se restringen los derechos (RR, por sus siglas en inglés) del miembro o si se gestionan eficazmente (EM, por sus siglas en inglés) pero deben mantenerse para continuar minimizando o eliminando el riesgo. Si se identifica que un riesgo es gestionado eficazmente, la documentación debe incluir una descripción de cómo el riesgo se está gestionando eficazmente. La evaluación de riesgos incluirá información para identificar qué se hará de manera diferente para minimizar o eliminar el riesgo. El documento de la evaluación de riesgo debe ser fácil de entender sencillo, directo, visible y disponible fácilmente para el personal que trabaja directamente con la persona. Está diseñado para ayudar al personal de apoyo directo a proteger al miembro de los riesgos identificados.

¿Cuál es el riesgo? _____ Fecha cuando se identificó: _____

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (*intervenciones que funcionan y no funcionan*)?

¿Cuál es el riesgo? _____ Fecha cuando se identificó: _____

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (*intervenciones que funcionan y no funcionan*)?

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

de ID de AHCCCS:

XI. PLAN DE ACCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO

La documentación debe reflejar las personas responsables de monitorear el plan de servicios centrado en la persona. Los elementos del plan de acción deben centrarse en pasos que se puedan medir y que se deberán tomar para alcanzar los resultados deseados en la vida del miembro. Estos elementos pueden estar relacionados con las metas de un miembro u otras áreas que deben abordarse y seguirse.

NÚM.	ACCIÓN QUE SE DEBE TOMAR	PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE (Objetivo)	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

**¿Con quién y qué partes de su PCSP le gustaría compartir con el fin de promover la coordinación de la atención?
(p.ej. Proveedores de servicios, médico de atención primaria)**

COORDINADOR DE SERVICIO/COORDINADORES DE APOYO: Documentar cuándo se le envió el plan de servicios centrado en la persona (PCSP) al miembro, al representante individual y/o la persona que toma las decisiones acerca de la atención médica y a otras personas involucradas en el plan.

Yo, _____ por la presente, doy mi consentimiento para la divulgación de la siguiente información de mi PCSP o sección(es) de mi plan con las siguientes personas:

NOMBRE	RELACIÓN QUE TIENE CON EL MIEMBRO	SÓLO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PUEDE SER DADA A CONOCER BAJO ESTE CONSENTIMIENTO:	FECHA DE ENVIO
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción	
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción	
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción	
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción	
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción	

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

Reconocimiento de los derechos y responsabilidades del miembro

Yo (o la HCDM), _____, he recibido una copia del manual para miembros de atención a largo plazo. Yo (o la HCDM), he revisado los "Derechos y Responsabilidades del Miembro" con mi coordinador de apoyo. Mi coordinador de apoyo ha respondido todas las preguntas e inquietudes que yo (o mi persona designada) tenía.

Sí No

Firma del miembro / Persona que toma las decisiones acerca de la atención médica: _____

Fecha: _____

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

de ID de AHCCCS: _____

XIII. INFORMACIÓN DE LA PRÓXIMA REUNIÓN

PRÓXIMA FECHA DE REVISIÓN (marque una):

Que no exceda de 90 días (*Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés)*)

Que no exceda de 180 días (*Centro de enfermería especializada, ICF-ID u hogar comunitario de la DDD*)

Anual (*Solo cuidados intensivos*)

Fecha de la próxima reunión: _____ Horario: _____

Lugar/dirección de la reunión: _____