

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
 SERVICIO FAMILIAR**

**SERVICIOS NECESARIOS PARA AVANZAR HACIA LOS RESULTADOS (Adenda)**

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.**

