

Formulario EI-01

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento
del niño/a

Número de ETID

Notificación previa por escrito y consentimiento para evaluaciones del desarrollo

La evaluación del desarrollo se utiliza para determinar si su hijo/a podría tener un retraso del desarrollo. La evaluación incluye la recopilación de información que provea usted, el padre o la madre, y que provean otras personas que usted elija, y el uso de un instrumento de evaluación que cubra todas las áreas del desarrollo. Esto puede incluir la observación de su hijo/a. Puede solicitar que se realice una evaluación del desarrollo en cualquier momento, independientemente del resultado de dicha evaluación. Debemos enviarle una notificación por escrito al menos 10 días calendario antes de realizar la evaluación.

Mi coordinador/a de servicios me brindó toda la información relacionada con la evaluación del desarrollo y me explicó mis derechos como padre/madre, incluido dar consentimiento. Recibí una copia del folleto sobre Derechos de los padres de Servicios de Intervención Temprana de Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials) Comprendo que tengo opciones para la resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de los servicios de intervención temprana. Comprendo las evaluaciones del desarrollo y doy mi consentimiento para que se las realicen a mi hijo/a. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo revocarlo cuando lo desee.

Renuncia a la notificación del plazo (opcional)

Comprendo mi derecho a recibir una notificación por escrito 10 días calendario antes de la actividad propuesta, y renuncio a dicho derecho.

Iniciales del padre/la madre

Fecha

Nombre(s) del padre/la madre

Firma(s) del padre/la madre

Fecha



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulario EI-02

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento
del niño/a

Número de ETID

Notificación previa por escrito y consentimiento para las evaluaciones y valoraciones del desarrollo

Un equipo (uno o más profesionales) de intervención temprana realiza la **evaluación del desarrollo** para determinar la elegibilidad de su hijo/a cuando no exista ninguna afección médica confirmada que califique.

La **valoración de su hijo/a**, que por lo general se realiza al mismo tiempo, tiene como objeto lograr comprender la participación de su hijo/a en las rutinas y actividades cotidianas de la familia. La evaluación y la valoración incluyen lo siguiente:

- Una revisión de los registros pertinentes, incluidos los expedientes médicos que se divulguen con su consentimiento;
- Una observación de su hijo/a;
- Comentarios de usted sobre el desarrollo de su hijo/a, incluida la participación de su hijo/a en las rutinas y actividades diarias;
- El uso de una o varias herramientas de evaluación y valoración que proporcionen información sobre el desarrollo de su hijo/a en las áreas de comunicación, adaptación y cuidado personal, y en las áreas socioemocional; cognitiva, de pensamiento y resolución de problemas; motricidad y movilidad; visión y audición.

Durante la **valoración dirigida a la familia**, usted comparte sus **inquietudes** y **prioridades** para incluir exitosamente a su hijo/a en las actividades cotidianas. Analizará los posibles **recursos** que tenga o pueda necesitar para ayudarle a apoyar el desarrollo de su hijo/a.

Si se determina que su hijo/a es elegible, la información de la evaluación y valoración de su hijo/a y la valoración dirigida a la familia se utilizan para desarrollar el Plan de Servicio Familiar Individualizado (Individualized Family Service Plan, IFSP) y para determinar qué servicios de intervención temprana son necesarios para brindarles apoyo a usted y su hijo/a. Debemos enviarle una notificación por escrito al menos 10 días calendario antes de realizar la evaluación y la valoración.

Proponemos (marque todas las opciones que correspondan):

- Realizar una evaluación del desarrollo para identificar la elegibilidad de su hijo/a para recibir **servicios de intervención temprana**.
- Identificar las fortalezas y necesidades de su hijo/a mediante una **valoración del desarrollo**.
- Identificar las inquietudes, prioridades y recursos relacionados con el apoyo al desarrollo de su hijo/a a través de una **valoración dirigida a la familia**.

Renuncia a la notificación del plazo (opcional)

Comprendo mi derecho a recibir una notificación por escrito 10 días calendario antes de la actividad propuesta, y renuncio a dicho derecho.

Iniciales del padre/la madre Fecha

Mi coordinador de servicios me brindó toda la información relacionada con la evaluación y/o valoración de mi hijo/a, como así también sobre la valoración dirigida a la familia, y me explicó mis derechos como padre/madre, incluido el otorgamiento de consentimiento. Recibí una copia del folleto sobre Derechos de los padres de Intervención Temprana de Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de los servicios de intervención temprana. Entiendo que, para que mi hijo/a reciba servicios dentro del marco del sistema de intervención temprana, se debe determinar la elegibilidad y completar la valoración de mi hijo/a. También comprendo que mi decisión sobre la valoración dirigida a la familia no afecta la elegibilidad de mi hijo/a para recibir servicios de intervención temprana. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo revocarlo cuando lo desee.

Doy mi consentimiento para la _____ evaluación de mi hijo/a _____ valoración de mi hijo/a _____ Evaluación dirigida por la familia.
(Iniciales) (Iniciales) (Iniciales)

Nombre(s) del padre/la madre

Firma(s) del padre/la madre

Fecha



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulario EI-03

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento del niño/a

Nombre del padre/la madre

Número de ETID

Notificación previa por escrito de determinación de elegibilidad

Edad del niño/a

Edad ajustada (si corresponde)

Fecha de la determinación de elegibilidad

Motivo(s) para la derivación

Estado de elegibilidad

- Su hijo/a es elegible para recibir los servicios de Intervención Temprana de Ohio** debido a una afección física o mental diagnosticada, con alta probabilidad de derivar en un retraso del desarrollo. *

Afección diagnosticada:

Documentación utilizada para confirmar el diagnóstico:

(*Si su hijo/a es elegible para recibir servicios de intervención temprana debido a una afección diagnosticada, no se completará lo siguiente de esta página ni la página 2)

- Su hijo/a es elegible para recibir los servicios de Intervención Temprana de Ohio** debido a un retraso en el desarrollo, según lo determinó el equipo de evaluación de intervención temprana, a través de **

las puntuaciones obtenidas mediante una herramienta de evaluación o

una opinión clínica informada, en la(s) siguiente(s) área(s):

Comunicación expresiva Área socioemocional Motricidad fina Área adaptativa

Comunicación receptiva Área cognitiva Motricidad gruesa

- Su hijo/a NO es elegible para recibir los servicios de Intervención Temprana de Ohio.** Un equipo multidisciplinario evaluó a su hijo/a y no muestra ningún retraso basado en las puntuaciones de la evaluación y la opinión clínica del equipo. **

Métodos utilizados para determinar el estado de elegibilidad

Fecha de realización

(** Completarlo solo si el niño/a es elegible debido a un retraso del desarrollo o no es elegible)

- Revisión de los antecedentes del niño/a a través de registros médicos/educativos/de otro tipo
- Revisión de los antecedentes del niño/a a través de una entrevista con los padres/familiares
- Observación
- Herramienta de evaluación
 - Escalas Bayley para el desarrollo de bebés y niños pequeños
 - Inventario de desarrollo Battelle
- Lista de verificación de la audición
- Lista de verificación de la visión
- Otra (opcional):



Resumen de los resultados de la evaluación

Miembros del equipo de la evaluación multidisciplinaria

Nombre del evaluador:

Teléfono:

Correo electrónico:

Especialidad:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Especialista en desarrollo | <input type="checkbox"/> Patólogo del habla y del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Educador de la primera infancia/nivel preescolar | <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Trabajador social | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Especialista en visión | <input type="checkbox"/> Personal de enfermería |
| <input type="checkbox"/> Especialista en audición | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Nombre del evaluador:

Teléfono:

Correo electrónico:

Especialidad:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Especialista en desarrollo | <input type="checkbox"/> Patólogo del habla y del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Educador de la primera infancia/nivel preescolar | <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Trabajador social | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Especialista en visión | <input type="checkbox"/> Personal de enfermería |
| <input type="checkbox"/> Especialista en audición | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Nombre del evaluador:

Teléfono:

Correo electrónico:

Especialidad:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Especialista en desarrollo | <input type="checkbox"/> Patólogo del habla y el lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Educador de la primera infancia/nivel preescolar | <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Trabajador social | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Oculista | <input type="checkbox"/> Personal de enfermería |
| <input type="checkbox"/> Audiólogo | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Si su hijo/a es elegible para recibir los servicios de Intervención Temprana de Ohio:

El equipo de intervención temprana de Ohio propone trabajar con usted para desarrollar un Plan de Servicio Familiar Individualizado (Individualized Family Service Plan, IFSP), que incluya los "resultados" (o metas) y los servicios de intervención temprana necesarios para alcanzar esos resultados. Cuando el equipo de intervención temprana de Ohio determina que su hijo/a es elegible, usted debe recibir una notificación previa por escrito al menos diez días calendario antes del comienzo o cambio de un servicio de intervención temprana, que se agregará al plan de su familia durante una reunión del IFSP. Si lo desea, podrá renunciar a los diez días calendario previos al comienzo de un servicio de intervención temprana que se estipulan en la sección 6 del IFSP. Su coordinador de servicios de intervención temprana trabajará con usted para programar una reunión del IFSP.

 Nombre del coordinador de servicios

 Número de teléfono

 Dirección de correo electrónico
Si su hijo/a NO es elegible para recibir los servicios de Intervención Temprana de Ohio:

Significa que su hijo/a demuestra habilidades y comportamientos similares a niños de su misma edad.

El equipo de intervención temprana de Ohio propone dar de alta a su hijo/a del sistema de intervención temprana a partir de los 10 días de que reciba esta notificación. En las casillas a continuación, el equipo de evaluación sugiere recomendaciones para promover el desarrollo de su hijo/a y los posibles apoyos y recursos comunitarios que pueden ser beneficiosos para su familia.

Como padre/madre, usted tiene opciones disponibles para la resolución de conflictos. Se adjunta una copia del folleto de los Derechos de los padres en la intervención temprana. Si tiene preguntas sobre los resultados, comuníquese con su coordinador/a de servicios de intervención temprana. También puede comunicarse con el coordinador de servicios si tiene inquietudes nuevas sobre el desarrollo de su hijo/a antes de que cumpla tres años.

 Nombre del coordinador de servicios

 Número de teléfono

 Dirección de correo electrónico

Apoyos y recursos comunitarios que podrían interesarle:

Ideas y sugerencias para fomentar el desarrollo de su hijo/a:



Formulario EI-04 Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)

Tipo de IFSP y fecha	<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Periódico	Número de ETID
	<input type="checkbox"/> Anual	<input checked="" type="checkbox"/> Periódico	<input checked="" type="checkbox"/> Entrevista de planificación de la transición (Transition Planning Conference, TPC)	

Sección 1: Información sobre el niño/a y su familia

Nombre del niño/a	Apellido	Sobrenombre	Fecha de nacimiento
-------------------	----------	-------------	---------------------

Idiomas que se hablan con el niño/a	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnia y raza del niño/a	Distrito escolar de residencia del niño/a
-------------------------------------	--	-------------------------	---

Nombre del padre/la madre	Dirección	¿Con quien vive el niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------	-----------	---

Relación con el niño/a Si no es el padre/la madre biológico/a ni el padre/la madre adoptivo/a	Teléfono: Celular (C); Hogar (H); Trabajo (T)
--	---

Dirección de correo electrónico	Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto	Horario preferido de contacto
---------------------------------	---	-------------------------------

Nombre del padre/la madre	Dirección	¿Con quien vive el niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------	-----------	---

Relación con el niño/a Si no es el padre/la madre biológico/a ni el padre/la madre adoptivo/a	Teléfono: Celular (C); Hogar (H); Trabajo (T)
--	---

Dirección de correo electrónico	Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto	Horario preferido de contacto
---------------------------------	---	-------------------------------

Otra información familiar importante
(todo lo que desea poner en conocimiento al equipo sobre la cultura, creencias espirituales o las condiciones de vida de su familia)

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Sección 2: Información del coordinador de servicios de intervención temprana

Su coordinador de servicios de intervención temprana es el único punto de contacto para realizar las siguientes actividades durante su participación en los servicios de intervención temprana. Esto incluye:

- explicar y garantizar sus derechos en intervención temprana;
- coordinar la elegibilidad inicial de su hijo/a;
- coordinar las reuniones del IFSP dentro de los plazos requeridos, incluidas aquellas que usted solicitó;
- ayudar al equipo del IFSP a desarrollar resultados que sean prácticos y reflejen sus inquietudes y prioridades;
- ayudarlo a identificar, obtener, financiar y supervisar los servicios de intervención temprana necesarios;
- ayudarlo a encontrar y conectarse con otros recursos y soportes que necesite y desee;
- facilitar el desarrollo de un plan de transición antes de que cumpla tres años.

Nombre del coordinador de servicios de intervención temprana	Teléfono	Correo electrónico
Nombre de la agencia	Nombre e información de contacto del supervisor/a	

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Sección 3: Evaluación del niño/a y su familia

Fecha de realización:

Evaluación del niño

Valoración dirigida a la familia

Durante las evaluaciones de su hijo/a y su familia, el equipo de evaluación recopiló información de diversas fuentes. Se resume esta información en las páginas siguientes y será la base para el desarrollo de resultados y la identificación de estrategias y actividades para abordar las necesidades de su hijo/a y familia.

Se deben haber realizado o revisado las siguientes actividades de evaluación del niño/a: **Fecha de finalización**

- Revisión de los documentos de elegibilidad _____
- Revisión de los antecedentes del niño/a a través de registros médicos/educativos/de otro tipo _____
- Revisión de los antecedentes del niño/a a través de una entrevista con los padres/familiares _____
- Recopilación de información de cuidadores, miembros de la familia u otras personas, para comprender el alcance completo de las fortalezas y necesidades únicas del niño/a _____
- Identificación del nivel de funcionamiento del niño/a dentro de las rutinas y actividades cotidianas de la familia _____
- Lista de verificación de la audición _____
- Lista de verificación de la visión _____
- Otra (opcional): _____

Resumen de los antecedentes del niño/a

Este es un resumen de la información relevante obtenida a través de entrevistas con los padres y registros médicos, educativos o de otro tipo, incluidos los antecedentes de nacimiento, la edad gestacional, las afecciones o los diagnósticos médicos, las enfermedades, las hospitalizaciones, los medicamentos, el estado o los exámenes de la visión y la audición, las necesidades de alimentación o nutrición, y otra información sobre el desarrollo.

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Resumen de actividades y rutinas diarias

Los momentos más fáciles o agradables del día con su hijo/a

Actividad/rutina	¿Quiénes participan?	¿Qué facilita la actividad/rutina?

Los momentos más difíciles o frustrantes del día con su hijo/a

Actividad/rutina	¿Quiénes participan?	¿Qué dificulta esta actividad/rutina?

Resumen del desarrollo de su hijo/a

Los niños desarrollan habilidades en tres áreas funcionales, conocidas como los Tres resultados de los niños: (1) desarrollo de habilidades socioemocionales positivas; (2) adquisición y uso del conocimiento y las habilidades; y (3) adopción de las medidas necesarias para lograr satisfacer sus necesidades. El equipo ha recabado información a través de la observación, la entrevista con la familia, la revisión de los registros de su hijo/a y la información que usted compartió sobre la participación de su hijo/a en las actividades y rutinas familiares. Estos resúmenes de los niveles de desarrollo actual de su hijo/a representan las fortalezas y necesidades individuales de su hijo/a en comparación con niños de la misma edad. Este enlace proporciona más información sobre el desglose de las habilidades funcionales para cada uno de los [Tres resultados de los niños](#).

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Desarrollo de habilidades socioemocionales positivas

Resumen de la manera en que su hijo/a se relaciona y juega con la familia, con otros adultos y con otros niños. Esto incluye la forma en que (1) demuestran afecto a los miembros de la familia, (2) entienden y usan su nombre y los nombres de los demás, (3) comunican saludos y despedidas, (4) juegan con adultos y compañeros conocidos y desconocidos, (5) expresan la propiedad de los juguetes y los comparten con otros, (6) muestran sus sentimientos y se calman cuando están molestos, y (7) participan en reglas y juegos sociales, como jugar a "¿Dónde está el bebé?", cantar canciones, bailar, hacer juegos de simulación y tomar turnos.

Para el IFSP anual y al finalizar el plan - ¿Su hijo/a mostró alguna habilidad o comportamiento nuevo relacionado con el desarrollo de habilidades socioemocionales positivas desde la calificación más reciente del Resumen de resultados del niño? Sí No

Informe sobre el Resumen de los resultados del niño (Child Outcome Summary, COS):

En comparación con niños de la misma, su hijo/a:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Usa las habilidades que se esperan de un niño mucho más pequeño en esta área. | <input type="checkbox"/> Usa ocasionalmente algunas habilidades que se esperan para la edad. Tiene más habilidades de un niño más pequeño en esta área. |
| <input type="checkbox"/> Usa algunas habilidades tempranas que son necesarias para desarrollar habilidades que se esperan para la edad. Todavía no utiliza las habilidades que se esperan para su edad en esta área. | <input type="checkbox"/> Usa muchas habilidades que se esperan para la edad. Tiene algunas habilidades de un niño más pequeño en esta área. |
| <input type="checkbox"/> Utiliza muchas habilidades tempranas que son necesarias para desarrollar las habilidades que se esperan para la edad. Todavía no utiliza las habilidades que se esperan para su edad en esta área. | <input type="checkbox"/> Usa las habilidades que se esperarían en esta área. Sin embargo, existen posibles motivos de preocupación. |
| | <input type="checkbox"/> Utiliza todas las habilidades que se esperarían en esta área. |
-

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Adquisición y uso de conocimiento y habilidades

Este es un resumen de cómo su hijo/a juega, adquiere nuevos conocimientos y comunica lo que sabe a los demás. Esto incluye cómo (1) observa y aprende de los demás, (2) resuelve problemas, (3) analiza nueva información, (4) participa en juegos con propósito, (5) "lee" libros, (6) entiende instrucciones y (7) usa gestos, palabras o señas para contarles a otros sobre el mundo y responder preguntas.

Para el IFSP anual y al finalizar el plan: ¿Su hijo/a mostró alguna habilidad o comportamiento nuevo relacionado con la adquisición y el uso de conocimientos y habilidades desde la calificación más reciente el Resumen de resultados del niño? Sí No

Informe sobre el Resumen de los resultados del niño (COS): En comparación con niños de la misma edad, su hijo/a:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Usa las habilidades que se esperan de un niño mucho más pequeño en esta área. | <input type="checkbox"/> Usa ocasionalmente algunas habilidades que se esperan para la edad. Tiene más habilidades de un niño más pequeño en esta área. |
| <input type="checkbox"/> Usa algunas habilidades tempranas que son necesarias para desarrollar habilidades que se esperan para la edad. Todavía no utiliza las habilidades que se esperan para su edad en esta área. | <input type="checkbox"/> Usa muchas habilidades que se esperan para la edad. Tiene algunas habilidades de un niño más pequeño en esta área. |
| <input type="checkbox"/> Utiliza muchas habilidades tempranas que son necesarias para desarrollar las habilidades que se esperan para la edad. Todavía no utiliza las habilidades que se esperan para su edad en esta área. | <input type="checkbox"/> Usa las habilidades que se esperarían en esta área. Sin embargo, existen posibles motivos de preocupación. |
| | <input type="checkbox"/> Utiliza todas las habilidades que se esperarían en esta área. |
-

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Tomar las medidas adecuadas para satisfacer necesidades

Este es un resumen de cómo su hijo/a se desplaza con un propósito, ayuda a cuidarse a sí mismo y comunica sus deseos y necesidades. Esto incluye la forma en que (1) se desplaza de un lugar a otro, (2) come y bebe, (3) participa cuando lo visten y lo desvisten, (4) duerme la siesta y durante la noche, (5) participa cuando lo bañan, le cambian el pañal y va al baño, (6) sigue instrucciones sobre seguridad y (7) comunica sus deseos y necesidades a los demás.

Para el IFSP anual y al finalizar el plan: ¿Su hijo/a mostró alguna habilidad o comportamiento nuevo relacionado con el uso de las medidas adecuadas para satisfacer sus necesidades desde la calificación más reciente del Resumen de resultados del niño? Sí No

Informe sobre el Resumen de los resultados del niño (COS): En comparación con niños de la misma edad, su hijo/a:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Usa las habilidades que se esperan de un niño mucho más pequeño en esta área. | <input type="checkbox"/> Usa ocasionalmente algunas habilidades que se esperan para la edad. Tiene más habilidades de un niño más pequeño en esta área. |
| <input type="checkbox"/> Usa algunas habilidades tempranas que son necesarias para desarrollar habilidades que se esperan para la edad. Todavía no utiliza las habilidades que se esperan para su edad en esta área. | <input type="checkbox"/> Usa muchas habilidades que se esperan para la edad. Tiene algunas habilidades de un niño más pequeño en esta área. |
| <input type="checkbox"/> Utiliza muchas habilidades tempranas que son necesarias para desarrollar las habilidades que se esperan para la edad. Todavía no utiliza las habilidades que se esperan para su edad en esta área. | <input type="checkbox"/> Usa las habilidades que se esperarían en esta área. Sin embargo, existen posibles motivos de preocupación. |
| | <input type="checkbox"/> Utiliza todas las habilidades que se esperarían en esta área. |
-

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Resumen de la valoración dirigida a la familia (FDA)

Valoración dirigida a la familia (Family-Directed Assessment, FDA) realizada por: _____

Inquietudes de la familia

Resumen de las inquietudes, dificultades o desafíos que experimenta su hijo/a o su familia durante las rutinas o actividades cotidianas y que sería útil que aborde el equipo de intervención temprana:

Recursos de la familia

Resumen de los recursos con los que su hijo/a o su familia cuentan como apoyo, incluyendo personas, actividades, programas u organizaciones, así como los recursos con los que no cuentan actualmente pero que desean o de los que podrían beneficiarse.

Prioridades de la familia

Resumen de las habilidades, actividades y/o recursos específicos que le gustaría que su hijo/a y/o su familia adquirieran como resultado de los servicios de intervención temprana.

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Sección 4: Resultados de su hijo/a y su familia

En esta sección se identifican los resultados del niño/a o de su familia en función de lo que desea lograr, así como los pasos necesarios para lograr el resultado. El resultado se basa en la información que compartió sobre la vida cotidiana de su familia durante la valoración del niño/a y la familia. Cada resultado del IFSP deberá redactarse con palabras que todos puedan comprender con facilidad y con un nivel de detalle suficiente como para que todo el equipo sepa cuando se logre. Los resultados deben basarse en lo que a usted le gustaría que sucediera en las actividades de su familia como resultado de los soportes y los servicios de intervención temprana

Número de resultado:	Este resultado del niño/a aborda lo siguiente:	<input type="checkbox"/> Desarrollo de relaciones sociales positivas	<input type="checkbox"/> Adquisición y uso de nuevos conocimientos y habilidades	<input type="checkbox"/> Implementación de medidas para satisfacer las necesidades propias	Este resultado de la familia aborda lo siguiente:	<input type="checkbox"/> Bienestar familiar, participación familiar o información
Fecha de incorporación del resultado:						

Resultado:

¿Qué sucede actualmente respecto a este resultado?

Estrategias: ¿Qué pasos y actividades, incluidos quiénes y cuándo, nos ayudarán a alcanzar el resultado del IFSP?

Aposos que recibimos actualmente para alcanzar este resultado (formal y natural, incluidos servicios no proporcionados por el equipo de intervención temprana).

Revisión de este resultado: Se debe realizar una revisión del IFSP al menos cada seis meses; sin embargo, es posible que se realice antes. Puede solicitar una revisión del IFSP cuando lo desee.

Resultado de la revisión:

Fecha de revisión: _____

- Resultado logrado
 Continuar con este resultado
 Revisar este resultado
 Este resultado ya no es una prioridad

Nuevas inquietudes o situaciones que afectan a este resultado:

Progreso que se logró para alcanzar este resultado:

Estrategias actualizadas:

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Sección 4: Resultados de su hijo/a y su familia

En esta sección se identifican los resultados del niño/a o de su familia en función de lo que desea lograr, así como los pasos necesarios para lograr el resultado. El resultado se basa en la información que compartió sobre la vida cotidiana de su familia durante la valoración del niño/a y la familia. Cada resultado del IFSP deberá redactarse con palabras que todos puedan comprender con facilidad y con un nivel de detalle suficiente como para que todo el equipo sepa cuando se logre. Los resultados deben basarse en lo que a usted le gustaría que sucediera en las actividades de su familia como resultado de los soportes y los servicios de intervención temprana.

Número de resultado:	Este resultado del niño/a aborda lo siguiente:	<input type="checkbox"/> Desarrollo de relaciones sociales positivas	<input type="checkbox"/> Adquisición y uso de nuevos conocimientos y habilidades	<input type="checkbox"/> Implementación de medidas para satisfacer las necesidades propias	Este resultado de la familia aborda lo siguiente:	<input type="checkbox"/> Bienestar familiar, participación familiar o información
Fecha de incorporación del resultado:						

Resultado:

¿Qué sucede actualmente respecto a este resultado?

Estrategias: ¿Qué pasos y actividades, incluidos quiénes y cuándo, nos ayudarán a alcanzar el resultado del IFSP?

Apoyos que recibimos actualmente para alcanzar este resultado (formal y natural, incluidos servicios no proporcionados por el equipo de intervención temprana).

Revisión de este resultado: Se debe realizar una revisión del IFSP al menos cada seis meses; sin embargo, es posible que se realice antes. Puede solicitar una revisión del IFSP cuando lo desee.

Resultado de la revisión:

Fecha de revisión: _____

- Resultado logrado
 Continuar con este resultado
 Revisar este resultado
 Este resultado ya no es una prioridad

Nuevas inquietudes o situaciones que afectan a este resultado:

Progreso que se logró para alcanzar este resultado:

Estrategias actualizadas:

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Sección 4: Resultados de su hijo/a y su familia

En esta sección se identifican los resultados del niño/a o de su familia en función de lo que desea lograr, así como los pasos necesarios para lograr el resultado. El resultado se basa en la información que compartió sobre la vida cotidiana de su familia durante la valoración del niño/a y la familia. Cada resultado del IFSP deberá redactarse con palabras que todos puedan comprender con facilidad y con un nivel de detalle suficiente como para que todo el equipo sepa cuando se logre. Los resultados deben basarse en lo que a usted le gustaría que sucediera en las actividades de su familia como resultado de los soportes y los servicios de intervención temprana.

Número de resultado:	Este resultado del niño/a aborda lo siguiente:	<input type="checkbox"/> Desarrollo de relaciones sociales positivas	<input type="checkbox"/> Adquisición y uso de nuevos conocimientos y habilidades	<input type="checkbox"/> Implementación de medidas para satisfacer las necesidades propias	Este resultado de la familia aborda lo siguiente:	<input type="checkbox"/> Bienestar familiar, participación familiar o información
Fecha de incorporación del resultado:						

Resultado:

¿Qué sucede actualmente respecto a este resultado?

Estrategias: ¿Qué pasos y actividades, incluidos quiénes y cuándo, nos ayudarán a alcanzar el resultado del IFSP?

Apoyos que recibimos actualmente para alcanzar este resultado (formal y natural, incluidos servicios no proporcionados por el equipo de intervención temprana).

Revisión de este resultado: Se debe realizar una revisión del IFSP al menos cada seis meses; sin embargo, es posible que se realice antes. Puede solicitar una revisión del IFSP cuando lo desee.

Resultado de la revisión: **Fecha de revisión:** _____

Resultado logrado Continuar con este resultado Revisar este resultado Este resultado ya no es una prioridad

Nuevas inquietudes o situaciones que afectan a este resultado:

Progreso que se logró para alcanzar este resultado:

Estrategias actualizadas:

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Sección 5: Su hijo/a y el plan de transición familiar

Los apoyos y servicios que se proporcionan a través de intervención temprana terminan cuando el niño cumple tres años. Esta sección funciona como su plan de transición e identifica las necesidades de transición del niño/a y su familia, así como los pasos y actividades necesarios para que esta transición de intervención temprana sea lo más fluida posible. El equipo trabajará con usted para desarrollar un plan y ayudarlo a identificar posibles apoyos o servicios comunitarios que puedan beneficiar a su hijo/a y su familia.

Su plan se desarrollará entre **9 meses** _____ y **90 días** _____ antes de que su hijo/a cumpla tres años.
Fecha Fecha

Si se derivó a su hijo/a a intervención temprana dentro de los 90 días posteriores a su cumpleaños de tres, el plan de transición se desarrollará en la reunión inicial de su IFSP.

Este proceso de planificación incluirá lo siguiente:

- Conversar con usted sobre futuras necesidades de su hijo/a y de su familia, posibles futuros servicios y colocaciones, y detalles que pueda necesitar sobre esas opciones de servicio.
- Procedimientos para preparar a su hijo/a para los cambios en la prestación de servicios, incluidos los pasos para ayudar a su hijo/a a adaptarse y funcionar en un nuevo entorno. Esto puede incluir desde aprender a subirse al autobús escolar hasta separarse de los miembros de la familia o adquirir y usar un dispositivo de comunicación u otra tecnología de asistencia en un nuevo entorno.
- Identificar los pasos, las actividades y cualquier acción de transición que el equipo del IFSP determine necesaria para apoyar la transición.
- Con su consentimiento (en el formulario EI-07, Consentimiento para la conferencia de planificación de la transición), una Entrevista de planificación de la transición (Transition Planning Conference, TPC) con cualquier proveedor de servicios comunitarios que haya identificado como posible recurso.

Si bien ya se ha compartido el nombre de su hijo/a, la fecha de nacimiento y su información de contacto con su distrito escolar, la TPC es una oportunidad para compartir y recabar información adicional. Si su hijo/a puede ser elegible para recibir servicios de educación especial preescolar a la edad de tres años, este proceso de planificación también incluirá conversaciones con usted sobre el rol del distrito escolar y el proceso para obtener su consentimiento para compartir copias de las evaluaciones más recientes, las valoraciones y el IFSP con su distrito escolar e invitar al representante del distrito escolar a una conferencia de planificación de la transición.

Fecha del resultado de la transición con los pasos y servicios desarrollados:

Posibles futuros recursos, colocaciones y/o servicios:

Resultado de la transición del niño/a:

¿Qué necesitará su hijo/a para llevar a cabo una transición sencilla?

Número de resultado:

¿Qué pasos y actividades, incluidos quiénes y cuándo, nos ayudarán a alcanzar este resultado?

El resultado de la transición aborda lo siguiente:

Desarrollo de relaciones sociales positivas

Adquisición y uso de nuevos conocimientos y habilidades

Implementación de medidas para satisfacer las necesidades propias

Resultado de la transición familiar: ¿Qué necesitará para apoyar a su hijo/a en esta transición?

Número de resultado:

¿Qué pasos y actividades, incluidos quiénes y cuándo, nos ayudarán a alcanzar este resultado?

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Revisión del resultado o los resultados de la transición: Se debe realizar una revisión del IFSP al menos cada seis meses; sin embargo, es posible que se realice antes. Puede solicitar una revisión del IFSP cuando lo desee.

Resultado de la revisión para el resultado de la transición del niño:

**Fecha de
revisión:** _____

- Resultado logrado Continuar con este resultado Revisar este resultado Este resultado ya no es una prioridad

Resultado de la revisión para el resultado de la transición familiar:

- Resultado logrado Continuar con este resultado Revisar este resultado Este resultado ya no es una prioridad

Nuevas inquietudes o situaciones que afectan estos resultados

Progreso que se logró para alcanzar estos resultados

Estrategias, pasos y actividades actualizadas:

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Sección 6: Servicios de intervención temprana

Tanto un proveedor de servicios primarios (Primary Service Provider, PSP) como un proveedor de servicios secundario (Secondary Service Provider, SSP) podrá brindar los servicios de intervención temprana. El PSP asiste/atiende directamente a la familia en todas las visitas para apoyar los resultados y promover el aprendizaje y el desarrollo del niño/a. Los SSP apoyan periódicamente al PSP y a su familia con los resultados del IFSP a través de visitas conjuntas. Las visitas conjuntas se realizan con la frecuencia que sea necesaria y según las necesidades del PSP y de la familia. Además de sus proveedores, siempre tendrá acceso a un equipo completo de proveedores de intervención temprana disponibles para apoyar a su familia.

Al utilizar toda la información disponible, el equipo del IFSP detectó que los siguientes servicios de intervención temprana respaldan nuestros resultados.

Tipo de servicio de intervención temprana	Método	Lugar	Frecuencia	Duración de la sesión	Agencia proveedora	Fuente de financiación	Fecha del IFSP:		Número(s) de resultado(s)
							Fecha de comienzo prevista*	Fecha de finalización prevista	
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Nuevo servicio		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Nuevo servicio		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Nuevo servicio		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Nuevo servicio		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Nuevo servicio		

Método: En persona (P); Tecnología (T)

Lugar: Hogar (H); Comunidad (C); Otro (O)

*Si está previsto que ocurra algún servicio nuevo o modificado dentro de los 10 días posteriores a esta reunión del IFSP, consulte la "Renuncia a la notificación del plazo" en la sección 8 del IFSP.

Explicación de por qué no se pueden proporcionar servicios de intervención temprana en un entorno natural:

Pasos que el coordinador de servicios y su familia realizarán, incluida la fecha prevista, para trasladar los servicios a un entorno natural.

Servicios de intervención temprana que se necesitan, pero que aún no se han coordinado:

Pasos que el coordinador/a de servicios tomará para coordinar los servicios de Intervención temprana que se necesitan:

Recepción puntual de los servicios (Timely Receipt of Services, TRS) a más tardar el día _____

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Sección 7: Participación del equipo

Además de sus valiosos aportes al desarrollo de este IFSP, las siguientes personas participaron en la determinación de elegibilidad, la valoración y/o el desarrollo del IFSP:

Nombre del coordinador de servicios de intervención temprana:

Teléfono:

Correo electrónico:

<p>Nombre:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Correo electrónico:</p> <p>Función: <input type="checkbox"/> Evaluador/valorador <input type="checkbox"/> Proveedor</p>	<p>Especialidad:</p> <p><input type="checkbox"/> Especialista en desarrollo <input type="checkbox"/> Patólogo del habla y el lenguaje</p> <p><input type="checkbox"/> Educador de la primera infancia/nivel preescolar <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta</p> <p><input type="checkbox"/> Oculista <input type="checkbox"/> Personal de enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Audiólogo <input type="checkbox"/> Otra:</p>
<p>Nombre:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Correo electrónico:</p> <p>Función: <input type="checkbox"/> Evaluador/valorador <input type="checkbox"/> Proveedor</p>	<p>Especialidad:</p> <p><input type="checkbox"/> Especialista en desarrollo <input type="checkbox"/> Patólogo del habla y el lenguaje</p> <p><input type="checkbox"/> Educador de la primera infancia/nivel preescolar <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta</p> <p><input type="checkbox"/> Oculista <input type="checkbox"/> Personal de enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Especialista en audición <input type="checkbox"/> Otra:</p>
<p>Nombre:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Correo electrónico:</p> <p>Función: <input type="checkbox"/> Evaluador/valorador <input type="checkbox"/> Proveedor</p>	<p>Especialidad:</p> <p><input type="checkbox"/> Especialista en desarrollo <input type="checkbox"/> Patólogo del habla y el lenguaje</p> <p><input type="checkbox"/> Educador de la primera infancia/nivel preescolar <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta</p> <p><input type="checkbox"/> Oculista <input type="checkbox"/> Personal de enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Audiólogo <input type="checkbox"/> Otra:</p>
<p>Nombre:</p> <p>Teléfono:</p> <p>Correo electrónico:</p> <p>Función: <input type="checkbox"/> Evaluador/valorador <input type="checkbox"/> Proveedor</p>	<p>Especialidad:</p> <p><input type="checkbox"/> Especialista en desarrollo <input type="checkbox"/> Patólogo del habla y el lenguaje</p> <p><input type="checkbox"/> Educador de la primera infancia/nivel preescolar <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta</p> <p><input type="checkbox"/> Oculista <input type="checkbox"/> Personal de enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Audiólogo <input type="checkbox"/> Otra:</p>

Nombres de otros participantes

Función/relación con la familia

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Número de ETID:

Sección 8: Notificación previa por escrito y consentimiento para recibir los servicios de intervención temprana

Consentimiento de los padres

Estoy de acuerdo con la prestación de los servicios de intervención temprana que se detallan en este Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP). Participé en el desarrollo de este IFSP y se me ha brindado información completa y comprendo toda la información relacionada con la prestación de los servicios de intervención temprana que se describen en este IFSP. Recibí una copia del folleto sobre los Derechos de los padres de Intervención Temprana de Ohio y entiendo mis derechos para dar consentimiento. Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de los servicios de intervención temprana.

Comprendo que, cuando un proveedor de servicios de Intervención Temprana de Ohio recomienda o propone comenzar (iniciar) o modificar los servicios de intervención temprana que se brindan a su familia e hijo/a, es nuestra obligación comunicarle por escrito al menos diez días calendario antes del comienzo o cambio en los servicios de intervención temprana. Entiendo que este IFSP constituye una notificación previa por escrito sobre los servicios de intervención temprana propuestos, y que los detalles del inicio o cambio de los servicios propuestos se describen en la sección 6 del IFSP. No se necesita una notificación previa por escrito adicional para un servicio que se propuso finalizar utilizando el formulario EI-11 antes de esta reunión del IFSP.

Renuncia a la notificación del plazo (opcional)

Comprendo mi derecho a recibir una notificación por escrito 10 días calendario antes de la modificación del servicio de intervención temprana o de su iniciación, y acepto renunciar a él.

Iniciales del
padre/la madre

Fecha

Nombre del padre/la madre

Firma del padre/la madre

Fecha

Nombre del padre/la madre

Firma del padre/la madre

Fecha

Consentimiento del proveedor y coordinador de los servicios de intervención temprana

Reconocemos que los resultados reflejan las prioridades e inquietudes de la familia, y que los servicios de intervención temprana apoyan esos resultados. Estamos de acuerdo en implementar este IFSP de manera que brinde apoyo a la capacidad de la familia de ayudar a su hijo/a a participar y aprender de las rutinas y actividades cotidianas siempre que sea posible.

Nombre	Especialidad	Firma	Fecha
	Coordinador de servicios de intervención temprana		

Formulario EI-05

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento
del niño/a

Número de ETID

Consentimiento para usar el seguro para los servicios de intervención temprana

Uso del seguro privado

Mi coordinador de servicios me ha explicado la regla del "sistema de pagos" y los costos potenciales en que puedo incurrir cuando uso mi seguro privado para pagar los servicios de intervención temprana, por ejemplo, copagos, deducibles, primas o costos a largo plazo, como la pérdida de beneficios debido a los límites de la póliza de seguro respecto de la cobertura de seguro de salud anuales o de por vida. He recibido una notificación por escrito de estos costos potenciales y de mis derechos. Comprendo que, al dar mi consentimiento para el uso de mi seguro privado, el estado pagará los copagos y deducibles de las primeras 100 unidades de los servicios de intervención temprana en un año del IFSP si se determina que me encuentro en condiciones de pagar. El estado pagará los copagos y deducibles de todas las unidades de servicios de Intervención temprana si se determina que no estoy en condiciones de pagar.

Doy mi consentimiento para que mi seguro privado cubra los servicios de intervención temprana Sí No No tengo seguro privado

Número de la póliza de seguro principal	Fecha de comienzo	Fecha de finalización
Nombre de la compañía del seguro de salud	Nombre del asegurado	
Número de la póliza de seguro secundaria	Fecha de comienzo	Fecha de finalización
Nombre de la compañía del seguro de salud	Nombre del asegurado	

Nombre del padre/la madre

Firma(s) del padre/la madre

Fecha

Uso del seguro público

Mi coordinador de servicios me ha explicado la regla de pago del sistema de servicios de intervención temprana. He recibido una notificación por escrito de mis derechos y comprendo que no hay costos potenciales por usar los beneficios de Medicaid para los servicios de intervención temprana.

Doy mi consentimiento para compartir la información de carácter personal de mi hijo/a (información que sirve para identificar a mi hijo/a) con el proveedor de servicios de intervención temprana en el Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP) y la agencia estatal de Medicaid para fines de facturación.

Sí No Mi hijo/a no está cubierto por el seguro de Medicaid

Número de destinatario de Medicaid/Número de facturación

Nombre(s) del padre/la madre

Firma(s) del padre/la madre

Fecha



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulario EI-06

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento
del niño/a

Número de ETID

Consentimiento para la divulgación o el intercambio de información

Usted, el padre o la madre, tiene acceso a cualquiera de las partes del expediente de Intervención temprana de su hijo/a. Un registro de Intervención temprana abarca todos los registros sobre su hijo/a recopilados, conservados o usados de conformidad con la ley federal, Parte C de la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA).

Su información de intervención temprana no se compartirá con ninguna persona o agencia fuera del sistema de intervención temprana sin su permiso, salvo el nombre de su hijo/a, la fecha de nacimiento y su información de contacto, que se comparte con el distrito escolar. Con su consentimiento, la información puede compartirse de manera verbal o por escrito. Usted podrá decidir qué información desea compartir y cuál no. Se compartirá una copia de este formulario con la agencia o persona una vez que usted haya dado el permiso para divulgar o intercambiar información. No se requiere el consentimiento de los padres para determinadas razones limitadas. Consulte el folleto de Derechos de los padres para conocer esos motivos.

Doy mi consentimiento para que el equipo de Intervención Temprana de Ohio divulgue o intercambie lo siguiente con Nombre y/o agencia:

Información de contacto (si está disponible):

La siguiente información sobre mi hijo/a o sobre mí:

Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)

Resultados de la determinación de elegibilidad

Notas de casos de Intervención temprana

El registro completo de Intervención temprana

Otro (especifique)

Utilizando los siguientes métodos:

llamada telefónica/mensaje de texto/video

en persona

correo electrónico/fax/carga digital

Registros impresos

El propósito de la divulgación o del intercambio de información es ayudar con:

La determinación de elegibilidad para recibir servicios de intervención temprana de Ohio.

La transición de intervención temprana a programas preescolares u otros programas comunitarios

El desarrollo del IFSP

Los servicios y el progreso del niño/a

Otro (especifique)

Si corresponde, describa las limitaciones en la divulgación o el intercambio de información:

Este consentimiento es válido:

Hasta que mi hijo/a cumpla tres años el

Desde el

hasta el

Mi coordinador o proveedor de servicios de intervención temprana me brindó toda la información relacionada con la divulgación o el intercambio de los registros y me explicó mis derechos como padre/madre, incluido el otorgamiento del consentimiento. Recibí una copia del folleto sobre Derechos de los padres de Intervención Temprana de Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de los servicios de intervención temprana. Comprendo y estoy de acuerdo con la divulgación y el intercambio de información de mi hijo/a. Comprendo que, aunque acuerdo el intercambio de información, otras agencias que no son de intervención temprana pueden requerir sus propios formularios para la divulgación de información.

Nombre(s) del padre/la madre

Firma(s) del padre/la madre

Fecha

Si una persona que no sea el coordinador de servicios de intervención temprana completa este formulario, el proveedor de intervención temprana debe enviar una copia al coordinador de los servicios de intervención temprana dentro de los cinco días calendario posteriores a la firma del consentimiento.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulario EI-07

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento
del niño/a

Número de ETID

Consentimiento para la Entrevista de planificación de la transición (TPC):

Es útil realizar una entrevista de planificación de la transición antes de que su hijo/a cumpla los tres (3) años y usted abandone la intervención temprana, para programar cómo podemos ayudarle en la transición de intervención temprana a los servicios y apoyos para los que su hijo/a puede ser elegible a los 3 años. Esta conferencia debe llevarse a cabo entre 90 días y 9 meses antes de que su hijo/a cumpla los tres años. Antes de agendar esta reunión, usted y su equipo de intervención temprana pueden identificar a otras personas, incluidos los proveedores de servicios comunitarios, a quienes desee invitar a esta reunión.

Doy mi consentimiento para programar una TPC.

No doy mi consentimiento para programar una TPC.

Si su hijo es elegible para recibir servicios de educación especial preescolar, su distrito escolar local será responsable de proporcionarle esos servicios. Es beneficioso invitar al representante de su distrito escolar, quien le explicará el proceso para determinar la elegibilidad para recibir educación preescolar especial de la "Parte B". También se puede invitar a otros proveedores de servicios comunitarios a esta reunión.

Doy mi consentimiento para invitar al representante del distrito escolar a mi TPC

No doy mi consentimiento para invitar al representante del distrito escolar a mi TPC

Si usted, junto con su equipo de intervención temprana, considera que su hijo/a NO es potencialmente elegible para recibir los servicios de educación especial preescolar O no desea invitar al distrito escolar, podemos programar una entrevista de planificación de la transición con cualquier otro proveedor de servicios de la comunidad que haya identificado como posible recurso.

Nombre(s) del padre/la madre

Firma(s) del padre/la madre

Fecha



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulario EI-08

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento
del niño/a

Número de ETID

Consentimiento para derivar al niño/a a la Agencia Educativa Local y al Departamento de Educación y Fuerza de Trabajo de Ohio (Department of Education and Workforce (DEW))

Recientemente, Intervención temprana de Ohio (Ohio Early Intervention, EI) recibió una derivación para su hijo/a. Debido a que Intervención temprana es un programa para niños/as con retrasos del desarrollo y discapacidades desde el momento del nacimiento hasta la edad de tres años, su hijo/a está demasiado cerca de cumplir los tres años para que Intervención temprana pueda determinar su elegibilidad. No obstante, si sospecha que su hijo/a tiene un retraso del desarrollo o una discapacidad, podría ser elegible para recibir servicios de educación especial preescolar según lo determina la Parte B de la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA).

Usted puede contactar a su distrito escolar para solicitar una derivación.

Si prefiere que Intervención temprana se comunique con su distrito escolar para solicitar la derivación, debe proporcionarnos su consentimiento. Cuando tengamos su consentimiento, utilizaremos este formulario para darle su información de contacto, así como el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo/a al distrito escolar, que es responsable de la educación de su hijo/a, y al Departamento de Educación y Fuerza de Trabajo de Ohio (Ohio Department of Education and Workforce (ODEW)).

Se me ha brindado información completa y comprendo que mi información de contacto y el nombre de mi hijo/a se compartirán con el distrito escolar local y con el ODEW. Recibí una copia del folleto sobre Derechos de los padres de Intervención Temprana de Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials) junto con este formulario. Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de los servicios de Intervención temprana. Doy mi consentimiento para que Intervención temprana comparta con el distrito escolar y con el ODEW el nombre y la fecha de nacimiento de mi hijo/a, al igual que mi información de contacto.

Nombre(s) del padre/la madre

Firma(s) del padre/la madre

Fecha

Dirección física del padre/la madre

Dirección de correo electrónico del padre/la madre

Número de teléfono del padre/la madre

Ciudad, estado y código postal del padre/madre

*Una vez que se obtiene la firma del padre/la madre, se debe enviar el formulario firmado por correo electrónico a: EI@childrenandyouth.ohio.gov para garantizar que la derivación esté completa.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulario EI-10

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento
del niño/a

Número de ETID

Nombre del padre/la madre

Notificación previa por escrito de finalización

Intervención Temprana de Ohio propone terminar con los servicios de intervención temprana para usted y su hijo/a. Intervención temprana de Ohio retendrá una copia de los expedientes de su hijo/a hasta su noveno cumpleaños. Usted tiene derecho a revisar o solicitar el expediente del niño/a. Intervención Temprana de Ohio propone dar de alta a su hijo/a del sistema de Intervención temprana diez días después de que usted haya recibido esta notificación por los siguientes motivos:

- Se le realizó una evaluación a su hijo/a y no se encontró motivo alguno para sospechar un retraso en el desarrollo o discapacidad. Puede pedir una evaluación en cualquier momento si se comunica con su coordinador/a de servicios de Intervención temprana.
- No se completó la evaluación o valoración requerida.
- Su hijo/a no cumple con los requisitos de elegibilidad para recibir los servicios de Intervención temprana.
- Su hijo/a se mudó fuera del estado de Ohio.
- Se cumplieron los resultados esperados del IFSP de su hijo/a, y el equipo del IFSP acordó que no es necesario obtener más resultados de ese plan.
- Usted nos informa que ya no está interesada o no puede participar en los servicios de intervención temprana en este momento.
- No hemos logrado contactarnos con usted. Comuníquese con su coordinador de servicios de intervención temprana dentro de los diez días calendario posteriores a la recepción de esta notificación si todavía está interesado en recibir servicios de intervención temprana.
- Su hijo/a pasó a los servicios de la Parte B con un Plan de Educación Individualizada (Individualized Education Plan, IEP) antes de cumplir los tres años.

Fecha propuesta de finalización:

Comentarios:

Como padre/madre, usted tiene opciones disponibles para la resolución de conflictos. Se adjunta una copia del folleto de Derechos de los padres de intervención temprana (ohioearlyintervention.org/printed-materials) Si todavía está interesado en recibir servicios de intervención temprana o cree que el motivo del alta de su hijo/a es confuso o inexacto, comuníquese conmigo.

Nombre del coordinador de servicios de Intervención temprana

Información de contacto del coordinador de servicios de Intervención temprana

**Puede hacer un seguimiento del desarrollo de su hijo/a aquí: - www.helpmegrow.org/ASQ.
Para volver a derivar a su hijo en cualquier momento antes de que cumpla tres años,
comuníquese con Central Intake al 1-800-755-4769 o visite www.ohioearlyintervention.org.**



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulario EI-11

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento
del niño/a

Número de ETID

Nombre del padre/la madre

Notificación previa por escrito sobre el cambio propuesto en los servicios

Los servicios de Intervención temprana de Ohio se determinan a través del proceso del Plan individualizado de servicios para la familia (Individualized Family Service Plan, IFSP). La notificación previa por escrito para dichos servicios se proporciona mediante el formulario IFSP durante la reunión del plan. Sin embargo, cuando un proveedor de servicios de intervención temprana de Ohio propone dar por finalizado un servicio de intervención temprana antes de una reunión del IFSP, se le debe proporcionar esta notificación previa por escrito al menos diez días calendario antes de la finalización de dichos servicios. Su coordinador de servicios se comunicará con usted para programar una reunión del IFSP, a fin de determinar los próximos pasos.

Intervención temprana de Ohio propone finalizar uno o más servicios de Intervención temprana para su hijo/a y su familia. Información sobre el cambio propuesto

Motivo del cambio propuesto

Fecha propuesta para el cambio (no menos de 10 días desde el día de la fecha)

Si tiene preguntas sobre este cambio, comuníquese conmigo lo antes posible.

Nombre del proveedor de servicios
de Intervención temprana

Información de contacto del proveedor de servicio
de Intervención temprana (EI)

Como padre/madre, usted tiene opciones disponibles para la resolución de conflictos. Se adjunta una copia del folleto de Derechos de los padres de Intervención temprana de Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Si tiene preguntas, comuníquese con su coordinador de servicios de intervención temprana al:

Nombre del proveedor de servicios
de Intervención temprana

Información de contacto del proveedor de servicio
de Intervención temprana (EI)

Renuncia a la notificación del plazo (opcional)

Comprendo mi derecho a recibir una notificación por escrito 10 días calendario antes de implementar el cambio a la actividad propuesta, y renuncio a dicho derecho.

Iniciales del padre/la madre

Fecha

El _____ (fecha) _____ (nombre/cargo) proporcionó una copia de este aviso y del formulario de consentimiento a los padres.
 en persona por correo postal por correo electrónico.

Si una persona distinta al coordinador/a de servicios de intervención temprana completa este formulario, el proveedor de intervención temprana debe enviar una copia al coordinador/a de servicios de intervención temprana dentro los cinco días calendario desde que los padres recibieron la notificación.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulario EI-12

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento
del niño/a

Nombre(s) del
padre/la madre

Número de ETID

Documentación de la afección diagnosticada

Doy mi consentimiento para que este formulario se envíe a mi profesional médico con el fin de obtener documentación sobre el diagnóstico de mi hijo/a y su impacto en el desarrollo.

Firma del padre/la madre

Fecha

Estimado profesional médico: Según los requerimientos estatales y federales para la elegibilidad de conformidad con la Parte C de la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), la mayoría de los diagnósticos médicos no derivan en elegibilidad automática para recibir los servicios de intervención temprana. No obstante, un profesional autorizado para diagnosticar y tratar trastornos físicos o mentales puede determinar que es muy probable que una afección diagnosticada del niño/a derive en un retraso del desarrollo. Luego, el equipo de intervención temprana llevará a cabo una valoración completa para determinar las necesidades del niño/a en el programa. **Para poder determinar la elegibilidad de recibir servicios de intervención temprana en este formulario, debe completar todas las secciones.**

Indique en el recuadro el diagnóstico específico del niño/a. **No** incluya "retraso generalizado", "retraso en el desarrollo" o inquietudes sobre el desarrollo como "preocupaciones sobre el desarrollo del habla".

Es mi impresión que la afección del niño/a dará como resultado un retraso en el desarrollo en, al menos, una de las siguientes áreas del desarrollo (marque todas las opciones que correspondan)

Comunicación

Área socioemocional

Comentarios (opcional)

Motricidad

Habilidades adaptativas, de cuidado

Visión y

personal e independencia

audición

Habilidades cognitivas, resolución de problemas

Otro (especifique) _____

No tengo razón alguna para creer que la afección del niño/a podría resultar en un retraso del desarrollo. No obstante, entiendo que el padre/la madre y el niño/a tienen el derecho de que se realice una evaluación del desarrollo para determinar la elegibilidad.

Profesional autorizado para realizar el diagnóstico y tratar afecciones físicas o mentales

Nombre

Tipo de licencia

Teléfono

Firma

Correo electrónico

Fecha

Devuelva este formulario al coordinador de servicios de intervención temprana del niño/a

Nombre del coordinador de servicios de Intervención temprana

Número de fax

Correo electrónico

Solo para uso del coordinador de servicios de intervención temprana

Fecha de recepción del formulario _____



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulario EI-13

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento
del niño/a

Número de ETID

Nombre del padre/la madre

Notificación de la reunión del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)

Es tiempo de celebrar una reunión para lo siguiente:

- Desarrollar un Plan de Servicio Familiar Individualizado (Individualized Family Service Plan, IFSP) provisional hasta que podamos completar la valoración y planificar el IFSP inicial.
- Revisar la elegibilidad y la información de la valoración y desarrollar el primer IFSP (IFSP inicial).
- Realizar una revisión periódica del IFSP para determinar el grado de avance alcanzado hacia los resultados identificados en el IFSP, y analizar si es necesario realizar modificaciones o revisiones en los resultados esperados o en los servicios de Intervención temprana del IFSP.
- Revisar la información de la valoración y desarrollar el IFSP anual.
- Esta reunión del IFSP incluirá una conferencia de planificación de la transición.

Acordamos programar la reunión del IFSP para el

Fecha

Hora

Lugar

Además, se invitó a los siguientes proveedores de servicios de intervención temprana (Early Intervention, EI) a la reunión del IFSP. Se les enviará una copia de esta notificación.

Nombre, cargo o agencia

Nombre, cargo o agencia

Nombre, cargo o agencia

Nombre, cargo o agencia

Usted solicitó que se invite a las siguientes personas a participar en la reunión del IFSP. Se les enviará una copia de esta notificación.

Nombre, cargo o relación

Nombre, cargo o relación

Nombre, cargo o relación

Nombre, cargo o relación

Si tiene preguntas o desea realizar algún cambio con respecto a esta reunión, comuníquese conmigo, su coordinador/a de servicios de intervención temprana:

Nombre del coordinador de servicios de intervención temprana

Información de contacto del coordinador de servicios de intervención temprana



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulario EI-14

Seguimiento de la derivación profesional

Fecha de hoy _____ Nombre del niño/a derivado/a _____ Fecha de nacimiento del niño/a _____ Fecha de derivación al programa de intervención temprana _____

Nombre del profesional que derivó al niño/a _____ Nombre de la agencia _____ Información de contacto del profesional o la agencia _____

El programa de intervención temprana (Early Intervention, EI) no obtuvo el consentimiento del padre/la madre para compartir la información sobre el estado de la derivación del niño/a. Contacte a la familia para obtener más información.

Se trató de contactar a los padres sin éxito. Háganos saber si cuenta con información de contacto actualizada del padre/la madre.

El padre/la madre dio su consentimiento para compartir la siguiente información:

El padre/la madre rechazó los servicios de intervención temprana de Ohio.

El niño/a es elegible para recibir los servicios de intervención temprana de Ohio y se ha desarrollado el Plan de Servicio Familiar Individualizado (Individualized Family Service Plan, IFSP).

Se evaluó al niño/a y se determinó que este no es elegible para recibir los servicios de intervención temprana de Ohio.

Se realizó una evaluación del desarrollo y no se encontró motivo alguno para sospechar que el niño/a tenga un retraso o una discapacidad.

Otro: _____

Mi coordinador/a de servicios me brindó toda la información relacionada con el hecho de compartir el estado de la derivación de mi hijo/a al programa de intervención temprana, y me explicó mis derechos como padre/madre, como mi derecho a dar consentimiento. Recibí una copia del folleto sobre Derechos de los padres en relación con los servicios de intervención temprana de Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de los servicios de intervención temprana. Comprendo lo que significa y doy mi consentimiento para compartir información sobre el estado de la derivación de mi hijo/a con el profesional que hizo la derivación.

Nombre(s) del padre/la madre _____

Firma(s) del padre/la madre _____

Fecha _____

El programa de servicios de intervención temprana de Ohio agradece su derivación. Puede hacer una nueva derivación en cualquier momento comunicándose con Central Intake al 1-800-755-4769 o visitando www.ohioearlyintervention.org.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulario EI-15

Fecha de hoy _____

Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento
del niño/a _____

Número de ETID _____

Determinación de la capacidad del padre/la madre para pagar los servicios de intervención temprana

Documentación (solo se requiere un elemento)

(A) Tarjeta de Medicaid de Ohio

(B) Tarjeta del Program WIC de Ohio

(C) Ingresos del padre/la madre

Iniciales del
padre/la
madre _____

Entiendo que proporcionar información sobre mis ingresos le permitirá al coordinador/a de servicios de intervención temprana (Early Intervention, EI) determinar si soy elegible para otros recursos basados en los ingresos. Sin embargo, he decidido no compartir mi información financiera y entiendo que, de acuerdo con la Norma 5123:10-03 (D) del Código Administrativo de Ohio (Ohio Administrative Code, OAC), seré responsable de pagar el costo de los servicios de intervención temprana después de las primeras 100 unidades financiadas con fondos públicos.

Ingresos del padre/la madre: Semanal (52) Quincenal (26) Mensual (12) Bimestral (24) Tamaño de la familia: _____

Fecha(s) del talón de pago: _____

Monto(s) bruto(s) _____

Ingresos del padre/la madre: Semanal (52) Quincenal (26) Mensual (12) Bimestral (24) Tamaño de la familia: _____

Fecha(s) del talón de pago: _____

Monto(s) bruto(s) _____

Ingresos anuales totales: _____

¿Son los ingresos familiares inferiores o iguales a la elegibilidad para niños/as no asegurados/as de Healthy Start? (206 % FPL) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> Sí No

He visto y examinado la documentación que proporcionó el padre/la madre de acuerdo con lo dispuesto en la Norma 5123:2-10-03 (D) del OAC y he determinado que el padre/la madre no puede puede pagar los servicios de intervención temprana.

Nombre del coordinador/a de servicios de Intervención temprana (EI) _____

Fecha _____

Firma del coordinador/a de servicios de intervención temprana _____

Revisé la información incluida en este formulario y mi coordinador/a de servicios me explicó la determinación de si puedo o no pagar por los servicios de intervención temprana. Recibí una copia del folleto sobre el Sistema de pago de los servicios de intervención temprana de Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de los servicios de intervención temprana.

Nombre(s) del padre/la madre _____

Firma(s) del padre/la madre _____

Fecha _____



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulario EI-16

Para uso exclusivo del Estado:

EI-16 recibido:
 Revisado por:
 N.º de CMACS:
 Ingresado en CMACS:
 Correo electrónico enviado:

Fecha de hoy _____ Nombre del niño/a _____

Número de ETID _____ Fecha de nacimiento del niño/a _____

Pago por los servicios de intervención temprana (EI)

Nombre del padre/la madre			Nombre del padre/la madre		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número de seguro social	Relación con el/la niño/a		Número de seguro social	Relación con el/la niño/a	
Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo		Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	
Nombre del coordinador/a de los servicios de EI			Correo electrónico del coordinador/a de los servicios de EI		

Nombre de la agencia proveedora: _____ **Condado:** _____

¿Puede pagarlo? Sí No **Sexo del niño/a:** Masculino Femenino

¿La familia ha dado su consentimiento para el uso de un seguro público o privado? Sí (adjunte el formulario EI-05) No

¿Se prestan los servicios en el entorno natural? Sí No **Fecha del IFSP inicial/anual más reciente:** _____

Servicios de IFSP de Intervención temprana recomendados (agregue páginas de ser necesario)

Tipo de IFSP: Inicial Anual Periódico Nueva presentación de EI-16

Marcar servicios recomendados	Servicio de EI	Frecuencia (es decir: 8 x 45 minutos/180 días)	Firma de IFSP Fecha	Fin de IFSP Fecha	Para uso exclusivo del Estado	
					Categoría de servicio	Unidades
<input type="checkbox"/>	Evaluación				43 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/>	
	Reuniones del equipo/IFSP				EICAT1	
<input type="checkbox"/>	Terapia de alimentación, terapia ocupacional, terapia del habla				ST	
<input type="checkbox"/>	Desarrollo del habla				THER	
<input type="checkbox"/>	Terapia ocupacional					
<input type="checkbox"/>	Fisioterapia					
¿Cotización adjunta? <input type="checkbox"/>	Tecnología de asistencia					
<input type="checkbox"/>	Servicios de EI no mencionados:					

Solo notas del Estado



Department of Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

Formulario EI-17

Fecha de hoy _____

Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento
del niño/a _____

Número de ETID _____

Hoja de gastos médicos extraordinarios

Nombre del padre/la madre: _____

Ingresos del padre/la madre: semanal (52) cada dos semanas (26) mensual (12) bimestral (24)
Tamaño de la familia: _____

Fecha(s) del talón(es) de pago _____

Monto(s) bruto(s) _____

Ingresos del padre/la madre: semanal (52) cada dos semanas (26) mensual (12) Bimestral (24)
Tamaño de la familia: _____

Fecha(s) del talón(es) de pago _____

Monto(s) bruto(s) _____

Ingresos anuales totales: _____

Puede encontrar estimaciones para ingresos familiares de 210 % al 401 % o superiores según el Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) en <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>.

_____	x	_____	=	_____
Ingresos anuales totales		Gastos médicos extraordinarios (EME)		Gastos médicos de desembolso por cuenta propia

Calculé el monto anticipado de los gastos médicos de desembolso por cuenta propia en base a los niveles federales de pobreza más recientes según lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, publicados en el registro federal. Compartí esta información con el padre/la madre. El Departamento de Niños y Jóvenes (Department of Children and Youth (DCY)) usará esta información para tomar una determinación final de los gastos médicos extraordinarios de la familia.

Nombre del coordinador de servicios de Intervención temprana _____

Fecha _____

Firma del coordinador de servicios de intervención temprana _____



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention