

# 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: