



# 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 type="checkbox"/> Periódico _____	<input 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 <b>del</b> 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 <b>de la familia</b> 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><b>Nombre:</b></p> <p>Teléfono:</p> <p>Correo electrónico:</p> <p>Función: <input type="checkbox"/> Evaluador/valorador <input type="checkbox"/> Proveedor</p>	<p><b>Especialidad:</b></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><b>Nombre:</b></p> <p>Teléfono:</p> <p>Correo electrónico:</p> <p>Función: <input type="checkbox"/> Evaluador/valorador <input type="checkbox"/> Proveedor</p>	<p><b>Especialidad:</b></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><b>Nombre:</b></p> <p>Teléfono:</p> <p>Correo electrónico:</p> <p>Función: <input type="checkbox"/> Evaluador/valorador <input type="checkbox"/> Proveedor</p>	<p><b>Especialidad:</b></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><b>Nombre:</b></p> <p>Teléfono:</p> <p>Correo electrónico:</p> <p>Función: <input type="checkbox"/> Evaluador/valorador <input type="checkbox"/> Proveedor</p>	<p><b>Especialidad:</b></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		