Nombre del Niño _____ FIRST STEPS KENTUCKY'S EARLY INTERVENTION SYSTEM CBIS #_____

Fecha de Nacimiento _____

# Plan de Servicios Familiares Individualizados

## Información General de la Familia

Idioma Principal en el Hogar_____ Idioma Principal del Niño _____

Nombre _____

Parentesco θ Padre θ Guardián Legal θ Padre Sustituto/a

Dirección _____

Ciudad _____ Estado ___ Código Postal ___ Condado _____

Teléfono: Día _____ Tarde _____

Mejor hora para llamar: _____

Nombre _____

Parentesco θ Padre θ Guardián Legal θ Padre Sustituto/a

Dirección _____

Ciudad _____ Estado ___ Código Postal ___ Condado _____

Teléfono: Día _____ Tarde _____

Mejor hora para llamar: _____

## Equipo de IFSP

| Fecha y Tipo de IFSP | Miembro de Equipo | Rol | Teléfono | Nombre de Agencia |
|---|---|---|---|---|
| Fecha: _____ | | | | |
| θ Inicial | | | | |
| θ Revisión a los 6 meses | | | | |
| θ Anual | | | | |
| θ Transición | | | | |
| θ Enmienda | | | | |
| | | | | |
| Plan en Vigencia | | | | |
| Desde: _____ | | | | |
| Hasta: _____ | | | | |

Razonamiento de la Enmienda o Tipo de Transición:

Información de contacto del Coordinador de Servicios Principal: Nombre_____Dirección de correo:_____

Ciudad _____ Estado ___ Código Postal _____ Teléfono: _____ Mejor hora para llamar: _____

Información de contacto del Coordinador de Servicios Auxiliar: Nombre_____Dirección de correo:_____

Ciudad _____ Estado ___ Código Postal _____ Teléfono: _____ Mejor hora para llamar: _____

Fecha _____

# Información Médica

| Área Médica | |
|---|---|
| ***Visión*** | ¿Ha sido revisado la visión de su hijo? θ no θ sí Si responde sí, cuándo y por cuál doctor? _____<br>¿Tiene usted alguna preocupación por la visión de su hijo? θ no θ sí Si responde sí, por favor explique:_____ |
| ***Audición*** | ¿Ha sido revisado la audición de su hijo? θ no θ sí Si responde sí, ¿cuándo y por cuál doctor? _____<br>¿Tiene usted alguna preocupación por la audición de su hijo? θ no θ sí Si responde sí, por favor explique:_____ |
| ***Estado General de Salud*** | ¿Tiene su hijo a un pediatra u otro profesional de atención médica a quien ustedes ven regularmente? θ sí θ no Si responde sí, favor de proveer el nombre y el número de teléfono: Nombre: _____ Teléfono: _____<br>¿Cuándo fue el último chequeo o visita cuando estaba bien su niño? _____<br>¿Tiene su hijo a algún especialista u otro doctor a quien ustedes ven regularmente? θ sí θ no Si responde sí, favor de dar los nombres y las razones por las cuales su hijo los ve: Nombre: _____ Razón: _____<br>Nombre: _____ Razón: _____<br>Nombre: _____ Razón: _____<br>¿Tiene su hijo alguna dificultad o diagnóstico médico? θ no θ sí Si responde sí, favor de especificar_____<br>¿Nació su hijo temprano o prematuramente? θ no θ sí Si responde sí, ¿cuántas semanas temprano? _____<br>¿Cuáles medicamentos está tomando su hijo y por qué? Incluya cualquier efecto secundario.<br>¿Existía alguna inquietud en cuanto a su hijo o a la madre del hijo prenatalmente o al nacer? |
| ***Nutrición*** | ¿Hay alguna inquietud sobre el comer, la nutrición general o el crecimiento de su hijo? θ no θ sí Si responde sí, favor de explicar. |
| ***Dental*** | ¿Ha visto su hijo a un dentista? θ sí θ no Si responde sí, cuándo y cuál dentista? _____<br>¿Tiene usted alguna preocupación en cuanto a la salud dental de su hijo? θ no θ sí Si responde sí, favor de explicar. |

¿Existe algo en cuanto a la salud de su hijo (equipo especial, alergias, otra información mental o física) que debe saber el equipo para mejor planificar y proveer servicios para su familia?

Nombre del Niño _____CBIS# _____

Fecha _____

# Nivel Actual del Desarrollo

| **Área del Desarrollo** | **_____ hace esto bien** | **_____ está aprendiendo a hacer esto o necesita ayuda con esto** | **¿Quién proveyó la información?** |
|---|---|---|---|
| Entenderles a otros y expresarme<br><br>***Comunicación*** | | | |
| Jugar, Pensar y Explorar<br><br>***Cognitivo*** | | | |
| Moverme el cuerpo y usar mis manos<br><br>***Motor*** | | | |
| Emociones, sentimientos y relacionarme con otros<br><br>***Social-Emocional*** | | | |
| Comer, beber, ir al baño y hacer las cosas para mí mismo<br><br>***Adaptación*** | | | |

 Fecha _____

# Rutinas de la Familia y del Cuidado Infantil

Aprendiendo acerca de lo que normalmente hacen su hijo y su familia, podemos tener una idea de qué les va bien, qué encuentran dificultoso, y cómo podríamos ayudar. La rutina es sólo otra manera de describir qué suelen hacer usted y su hijo durante la mayoría de los días. Para que podamos mejor entender cada rutina, hablaremos de qué le gusta en cuanto a la participación de su hijo, qué hacen todos los demás durante la rutina, qué tipo de ayuda necesita su hijo, y hasta qué punto usted está contento con la rutina. *Algunas de las rutinas que comparten las familias incluyen el despertarse, prepararse para salir, las comidas, el recreo, pasar tiempo en casa, rutinas del cuidado infantil, ir de compras, las tareas domésticas, visitar a otros, la hora de bañarse, la hora de acostarse/tomar una siesta, y viajes en carro.*

| Rutina | ¿Qué les va bien y qué no les va bien para su hijo y su familia? | ¿Hasta qué punto está usted contento con cómo va esto? |
|---|---|---|
| | | θ Muy contento θ Un tanto θ No en absoluto<br>Comentario: |
| | | θ Muy contento θ Un tanto θ No en absoluto<br>Comentario: |
| | | θ Muy contento θ Un tanto θ No en absoluto<br>Comentario: |
| | | θ Muy contento θ Un tanto θ No en absoluto<br>Comentario: |
| | | θ Muy contento θ Un tanto θ No en absoluto<br>Comentario: |
| | | θ Muy contento θ Un tanto θ No en absoluto<br>Comentario: |
| | | θ Muy contento θ Un tanto θ No en absoluto<br>Comentario: |

¿Quién proveyó la información sobre las rutinas en esta página? _____

Fecha _____

## Prioridades e Inquietudes Identificadas por la Familia

Describa sus inquietudes y lo importante para su hijo y familia: _____

_____

_____

*Piense en la discusión sobre su familia e hijo y sus rutinas diarias para contestar lo siguiente:*

Describa lo que le gusta a su hijo o lo que le va bien. *Piense en personas, lugares, texturas, comidas, rutinas, actividades*:_____

_____

_____

Describa lo que no le gusta a su hijo o lo que no le va bien. *Piense en personas, lugares, texturas, comidas, rutinas, actividades*:_____

_____

_____

Describa lo que le gusta a su familia: _____

_____

Describa lo que usted encuentra dificultoso o lo que no le gusta:_____

_____

Describa las actividades que a su familia le gustaría hacer, pero no pueden hacerlas ahora y por qué no pueden hacerlas: _____

_____

Describa cualquier cosa sobre la cual le gustaría saber más. *Unas ideas están más abajo*. _____

_____

_____

- θ Conocer a familias con hijos con necesidades similares
- θ Encontrar o trababjar con doctores u otros especialistas
- θ Coordinar o hacer citas con agencias
- θ La demora o la incapacidad o el diagnóstico de mi hijo
- θ Encontrar a personas quienes me puedan ayudar en el hogar
- θ Coordinar la atención médica de mi hijo
- θ Cómo funcionan los servicios o cómo podrían funcionar mejor para mí
- θ Planificación o esperanzas para el futuro
- θ Dinero para los costos de las necesidades especiales de mi hijo
- θ Maneras de jugar con mi hijo que pueden ayudar el desarrollo
- θ El recreo, maneras de divertirnos como familia
- θ El cuidado infantil
- θ Grupos de apoyo
- θ Ayuda con los seguros
- θ Recursos que puedan estar disponibles
- θ Hallar vivienda adecuada
- θ Transportación

Nombre del Niño _____CBIS# _____

# Prioridades e Inquietudes Identificadas por la Familia

Fecha _____

| No. | Prioridades e Inquietudes | Rango |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Nombre del Niño _____CBIS# _____

Fecha _____

# Resultados para Nuestro Hijo y Familia

Qué queremos que suceda *(Incluyendo cómo sabremos que tengamos éxito)*: Relacionado con la Prioridad No. ____

| Ideas y Estrategias *(Diríjase primero a los puntos fuertes y los recursos de la familia.)* | Personas que ayudarán y sus roles |
|---|---|
| | |

¿Se necesita la tecnología facilitante? θ sí θ no

Revisión Familiar
*(Ponga la Fecha y las Iniciales el la Columna Apropiada)*

| 1 Ya no es una Necesidad | 2 Peor | 3 Sin Cambio; Todavía es una Necesidad | 4 Parcialmente Satisfecha; Todavía es una Necesidad | 5 Necesidad Satisfecha |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

¿Es necesaria la modificación o la revisión del resultado o sus servicios asociados? θ sí θ no

Comentarios:

Nombre del Niño _____CBIS# _____

# Plan de Transición de Hijo y Familia

¿Este plan se dirige a cuál de las siguientes transiciones? θ Del hospital al hogar θ Entre comunidades
θ Servicio en un entorno nuevo θ Salir de Primeros Pasos antes del 3er cumpleaños θ Salir de Primeros Pasos al 3er cumpleaños
θ Otra transición _____ ¿Es ésta la reunión oficial de transición? θ sí θ no

Cuáles son nuestras prioridades o inquietudes en cuanto a esta transición:

Qué queremos que suceda:

| Estrategias/Actividades *(Incluya la participación de la familia/exploración de opciones, discusión de agencia principal, preparación del niño, y preparación y/o participación de agencia.)* | Fecha de Objetivo | Fecha de Cumplimiento | Personas/Agencias que ayudarán y sus roles |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Revisión Familiar *(Fecha e Iniciales)* | Ya No es una Necesidad | No satisfecha o Peor | Sin cambio; Todavía es una Necesidad | Parcialmente satisfecha; Todavía es una Necesidad | Necesidad Satisfecha |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| Actos de Remisión *(Fecha e Iniciales)* | Permiso para Traslado de Documentos | Documentos Enviados | Permiso para Remisión | Remisión Iniciado |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Comentarios:

Fecha _____

# Sumario de Servicios

| Servicio | ¿Quién hará esto? | ¿Cómo y dónde? | ¿Quién pagará? | ¿Con qué frecuencia y por cuánto tiempo? | Fechas de Inicio y Fin | Uni-dades en Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | θIndividual θ Grupo | | | | |
| | | | | | | |
| | | θIndividual θ Grupo | | | | |
| | | | | | | |
| | | θIndividual θ Grupo | | | | |
| | | | | | | |
| | | θIndividual θ Grupo | | | | |
| | | | | | | |
| | | θIndividual θ Grupo | | | | |
| | | | | | | |
| | | θIndividual θ Grupo | | | | |
| | | | | | | |
| | | θIndividual θ Grupo | | | | |
| | | | | | | |
| | | θIndividual θ Grupo | | | | |
| | | | | | | |
| | | θIndividual θ Grupo | | | | |
| | | | | | | |

Todos los servicios proveídos por Primeros Pasos tienen que ser proveídos en lugares donde los niños sin discapacidades participarían excepto si no se pueden lograr los resultados satisfactoriamente en estos entornos. Estos lugares incluyen el hogar, el cuidado infantil, u otros lugares en la comunidad. ¿Todos los servicios han de proveerse en entornos naturales? θ sí θ no Si responde no, favor de proveer un razonamiento para cada excepción:

Nombre del Niño _____CBIS# _____

# Aprobación del Equipo

**Consentimiento de los Padres para Provisión de Servicios de Intervención Temprana y Aprobación del Plan:**
*Los siguientes derechos, salvaguardias de procedimiento y garantías me han sido explicados, y he recibido una copia escrita de cada uno:*

θ Consentimiento Informado θ Aviso de Derechos por Escrito θ Confidencialidad θ Acceso a los Registros θ Resolución de Conflictos
θ Derecho de Rechazar Servicios

θ *He participado en desarrollar este IFSP, y todos los servicios y las actividades me han sido explicados totalmente.* θ *Doy mi consentimiento informado para llevar a cabo el plan. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo cambiar de opinión y revocar mi consentimiento para cualquier de o todos los servicios en cualquier momento.*

θ *Doy mi consentimiento informado para que una copia de este IFSP en su totalidad se provea a todos los miembros del equipo IFSP.*

_____ _____
Firma Fecha

_____ _____
Firma Fecha

**Aprobación del Plan por Otros Miembros del Equipo:**
*Acordamos que los resultados seleccionados reflejan las prioridades e inquietudes familiares y que las estrategias seleccionadas apoyan aquellos resultados. Acordamos en llevar a cabo el plan de una manera que apoye la capacidad de la familia de ayudarle a su hijo a participar en y aprender de sus rutinas y actividades diarias.*

| Firma (o nombre escrito claramente si no presente) | Fecha | Método de Aprobación | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Asistió | Teléfono | Cara a cara | Por escrito |
| | | √ | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| **Otros Presentes:** | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

Fecha _____

# La Tecnología Facilitante

¿Qué tecnología facilitante se necesita? _____

¿Esta tecnología facilitante se relaciona con cual(es) resultado(s)? _____

¿Cómo ayudará la tecnología facilitante a alcanzar el (los) resultado(s) asociado(s)? _____

_____

¿Existe la necesitada tecnología facilitante en el entorno natural de la familia? θ Sí θ No

¿Es la necesitada tecnología facilitante algo que usan todos los niños? θ Sí θ No

¿Hay algo en el entorno natural del niño que podría usarse o adaptarse para servir el mismo objetivo? θ Sí θ No

¿Cómo será adquirida la tecnología facilitante? θ Prestada θ Comprada* θ Otro _____

*Si comprada, Costo estimado _____

*¿Se necesita la evaluación? θ No θ Sí ¿Por qué? _____

Evaluador: _____ Fecha: _____

¿Pertenecerá el equipo permanentemente a la familia? θ Sí θ No Si responde no, ¿cuándo ha de devolverse y a quién?_____

_____

| Revisión | | | |
|---|---|---|---|
| Se está usando AT | Ya no se necesita AT | AT está ayudando con los resultados asociados | Comentarios: |
| | | | |

AT=Assistive Technology=Tecnología Facilitante

Nombre del Niño_____CBIS#_____ Apéndice _____

Fecha _____

# Hoja de Trabajo para Integrar las Ideas y las Estrategias en las Rutinas

| | | Resultados del Niño<br>*Vienen de las páginas de los Resultados* | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| Rutinas<br>*de las rutinas de familia y del cuidado de niños* | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Nombre del Niño_____CBIS#_____

Apéndice _____