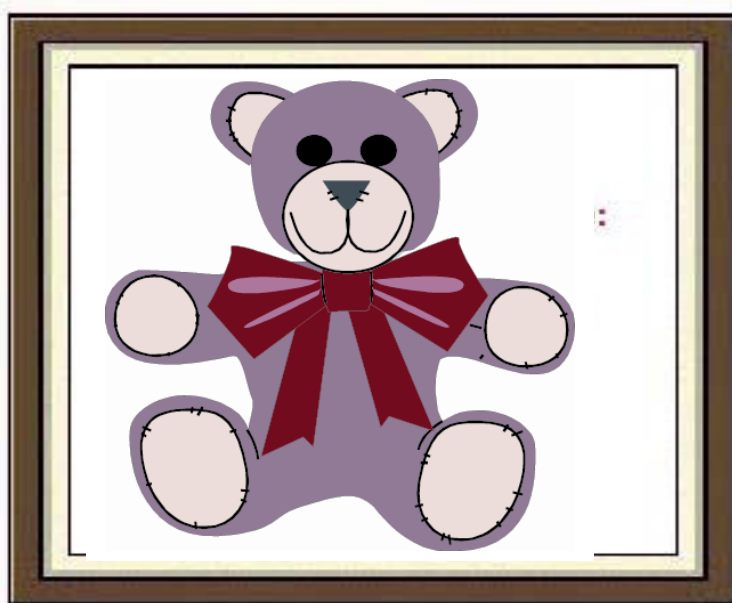


Servicios del condado de _____ para recién nacidos hasta los 3 años

Plan Individualizado de Servicio Familiar

NIÑO/A: _____

Fecha de nacimiento: _____



Coordinador/a de servicios: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de remisión: _____

Fecha inicial de Plan Individualizado de Servicio Familiar [PISF]:

Número de días entre la fecha de remisión y PISF inicial: _____

Fecha de la revisión de PISF: _____

Fecha(s)* de la revisión de PISF:

1) _____ 2) _____ 3) _____

4) _____ 5) _____ 6) _____

7) _____ 8) _____ 9) _____

INFORMACION ACERCA DE _____ Fecha: _____

El niño/a vive con: Relación:	Otro nombre del padre/guardían: (si aplica)
Dirección:	Dirección:
Número de teléfono:	Número de teléfono:
Otro número de teléfono:	Otro número de teléfono:
Correo electrónico:	
Otro padre/guardían: (si es diferente que escrito arriba)	
Dirección:	Teléfono:
Lengua materna de los padres:	Lengua materna del niño/a:
Pasa el día con:	
<input type="checkbox"/> Mamá	<input type="checkbox"/> Cuidador/a: _____
<input type="checkbox"/> Papá	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
Hermanos:	
Otras personas e información importante:	
Su profesional de la salud/cuidado médico:	

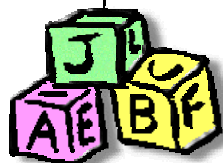
Servicios y programas que mi niño/a o familia utiliza actualmente:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Badger Care | <input type="checkbox"/> Departamento de Salud | <input type="checkbox"/> SSI |
| <input type="checkbox"/> CYSHCN | <input type="checkbox"/> Healthy Start | <input type="checkbox"/> Grupos de Apoyo |
| <input type="checkbox"/> Departamento de
Servicios Humanos | <input type="checkbox"/> Katie Beckett | <input type="checkbox"/> W2 |
| <input type="checkbox"/> Centro de Recursos
Familiares | <input type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> WIC |
| <input type="checkbox"/> Apoyo familiar | <input type="checkbox"/> Asistencia Médica | <input type="checkbox"/> YMCA |
| <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> MUMS | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Nos gustaría tener más información acerca de los siguientes programas:

CUENTENOS DE SU FAMILIA* Fecha: _____

<p>¿Qué funciona bien ahora para su niño/a y familia? (e.g., actividades, rutinas, horas del día, relaciones)</p>	<p>¿Qué preocupa a su familia o en qué le interesa aprender más?</p>
<p>Personas o apoyo que le ayudan a su familia:</p>	<p>¿Cuáles son algunas actividades que le gusta hacer con su niño/a y familia?</p>
<p>¿Qué le gustaría ver suceder para su niño y familia en los próximos 6 meses?</p>	<p>¿Qué actividades y horas del día son difíciles o tensas para su niño/a y familia?</p>



*HFS 90.09 (2)

RESUMEN DE TODAS LAS AREAS DEL DESARROLLO*

(Para emplear con el informe del equipo de intervención temprana y PISF. Incluye recursos, estrategias y lugares.)

Nombre _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento _____

Edad en la evaluación _____

Edad ajustada _____

DESARROLLO FISICO

SALUD (Incluye Médico, Dental, Nutrición):

VISION/AUDIO (Evaluación, Gafas, Prótesis auditiva, Historia de infecciones de oído):

MOTRICIDAD FINA (Uso de las Manos y Cuerpo superior, Sensorial):

MOTRICIDAD GRUESA (Calidad y Función de Movimiento, Aparatos):

* HFS 90.08(7)(h); HFS 90.08(7)(c); HFS 90.08(7)(h)(1); HFS 90.10(5)(a)

RESUMEN DE TODAS LAS AREAS DEL DESARROLLO

(Para emplear el informe del equipo de intervención temprana y PISF. Incluye recursos, estrategias y lugares.)

COMUNICACION (Entendimiento, expresión, inteligencia, uso de lenguaje)

COGNICION (Pensamiento, habilidades de juego, sensorial):

SOCIO EMOCIONAL (Pensamiento, cómo responder al cuidador, sobrellevar, sensorial):

AUTO AYUDA (Alimentarse, vestirse, ir al baño, dormir):



INFORME DEL EQUIPO DE INTERVENCION TEMPRANA*

DECISION DE ELEGIBILIDAD PARA INTERVENCION TEMPRANA

Nombre del niño/a: _____ Fecha: _____

(Marque A o B)

(A) Este niño/a cumple con los requisitos para servicios de intervención temprana (Marque 1 o 2)*:

1 a) Retraso del desarrollo en un 25% o más; o menos 1.3 desviación promedio en el área siguiente(s):

b) Desarrollo atípico basado en: _____

2 Existe una condición física o mental diagnosticada que tiene una alta probabilidad de resultar en desarrollo atrasado. Especifique la(s) condición(es) y fuente de diagnóstico: _____

Comentarios: _____

(B) Este niño aún no cumple con los requisitos para recibir servicios para recién nacidos hasta los 3 años:

Ofrecer reevaluar dentro de 6 meses.

Apuntes: _____

Los siguientes recursos pueden beneficiar a la familia: _____

La familia recibió la información siguiente: _____

PARTICIPANTES EN LA REUNION DEL EQUIPO DE INTERVENCION TEMPRANA

<i>Firma</i>	<i>Título</i>
	<i>Padre/madre guardián</i>
	<i>Padre/madre guardián</i>
	<i>Coordinador/a servicio</i>

* HFS 90.08(5); HFS 90.08(6); HFS 90.08(7); HFS 90.08(4)



RESULTADOS DEL NIÑO/A Y FAMILIA* Fecha: _____

Queremos que: (¿Qué va a pasar o cambiar?)
Para que: (¿Por qué es importante?)
¿Qué ocurre ya? (¿Qué hace el niño/a ahora? ¿Qué han probado? ¿Qué funciona?)
Sabemos que tenemos éxito cuando: (¿Qué podemos medir?)

¿Qué pasará con las rutinas, actividades cotidianas y lugares del niño/a y familia?	Apuntes

Fecha(s) Repasada: _____

Describe el progreso hacia el objetivo:

Marque una: Logrado Seguir Otro: _____



* HFS 90.10(5)(c)

SERVICIOS DE INTERVENCION TEMPRANA PARA AYUDAR EL DESARROLLO DE _____



SERVICIOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA 3 AÑOS Fecha: _____					
Servicios	Fechas de comienzo/fin	Local	Frecuencia *	Intensidad	Fuente de fondos
Coordinación de servicio					

Si un servicio no se provee en un ambiente natural, por favor, adjunte un plan con pasos para volver a un ambiente natural.

NECESITA SERVICIOS MEDICOS Y OTROS			
<i>(Estos pueden ser recursos, apoyo o servicios que ayudan a la familia, pero no patrocinan de recién nacidos hasta los 3 años.)</i>			
APOYOS NECESITARIOS	QUIEN AYUDARA	PASOS DADOS	FUENTE DE FONDOS

El equipo de PISF determinó que no había servicios médicos u otros que identificar en este momento.

Comentarios: _____

* HFS 90.10(5)(d)

PAGINA DE FIRMA COMO EQUIPO*

- ▶ Yo/Nosotros hemos recibido una copia de los derechos de los padres y niños y los entendemos.
- ▶ Este plan refleja los resultados que son importantes para mi niño/a y familia.
- ▶ Yo/Nosotros damos permiso para los servicios descritos en este PISF para mi niño/a y familia.
- ▶ Entiendo que todos los miembros del equipo escritos abajo compartirán este plan para que podamos trabajar en grupo en beneficio de mi familia.

Firma de padre/guardían fecha

Firma de padre/guardían fecha

Firma de padre/guardían Fecha repasada

Hemos trabajado juntos con la familia para crear este Plan Individualizado de Servicio Familiar y estamos de acuerdo que este plan guiará nuestro trabajo.

OTROS NOMBRES & FIRMAS DE MIEMBROS DEL EQUIPO DE PISF

Fecha

Coordinador/a de servicio:	
Miembro de equipo:	
Miembro de equipo:	
Miembro de equipo:	
Miembro de equipo:	
Miembro de equipo:	

* HFS90.12(2)(b)



PLAN DE TRANSICION PARA _____ Fecha: _____

Una transición es un paso importante que influye a un niño/a y su familia, tal como mudarse de un condado o estado, trasladar entre programas, llegar a casa del NICU, cambiar una situación del cuidado del niño/a a cumplir 3 años. Para los que cumplen 3 años, esta página se debe llenar antes de cumplir 2 años y 3 meses.*

¿Qué tipo de transición es? _____

¿Qué desea y espera la familia para su hijo/a de esta transición?

Fecha(s) de reuniones: _____

¿Quién participó en estas discusiones y de qué opciones se hablaron?

PROXIMOS PASOS

¿Quién hará qué?	¿Cuándo?

Si se refiere a la escuela pública:

Familia recibió "Paso Adelante a los 3 años."

Información confidencial, que no identifique, enviado a la escuela. Fecha: _____

Se celebró la Reunión de Planificación de Transición y las Opciones Preescolares. Fecha: _____

Comentarios: _____

Se remitió un mínimo de 90 días antes del tercer cumpleaños. Fecha: _____

Comentarios: _____

* HFS 90.10(5)(f)



**JUSTIFICACION PARA LOS SERVICIOS
PROPORCIONADOS EN LUGARES QUE NO SON
AMBIENTES NATURALES***

Nombre del niño/a: _____ Fecha: _____

Note los servicios y actividades proporcionados en un lugar que no sea el ambiente natural del niño/a:

Recomendación del equipo, explicando por qué no se puede lograr el resultado en el ambiente natural del niño/a:

¿Cómo se logrará este resultado en este ambiente?

¿Qué actividades se proveerán para incluir este resultado en el ambiente del hogar y comunidad del niño/a?

¿Cuándo serán proveídos los servicios en el hogar y comunidad del niño/a (tiempo previsto)?



* HFS 90.11(5)(a)