

PLAN DE SERVICIO FAMILIAR INDIVIDUAL DE NEBRASKA (IFSP)

Fecha de la Notificación:

Nombre del Niño/a:

Teléfono:

Dirección:

Fecha de Nacimiento del Niño/a:

Número de Seguro Social:

Número de Medicaid:

Fecha de Referencia a la Intervención Temprana:

Fecha de Consentimiento para la Evaluación:

Fecha del MDT:

Opción de lenguaje de la familia:

¿La familia desea un Intérprete?

Yes No

Padre(s)/Encargado(s)

Nombre:

Teléfono de la casa:

Dirección (si es diferente):

Función:

Teléfono del trabajo:

Sí usted tiene alguna pregunta con respecto a este plan o de cualquiera de las personas que trabajan con su hijo/a, por favor llame a la persona que aparece como Coordinadora de Servicios.

Nombre:

Teléfono:

Dirección/ Agencia:

Fechas de las Reuniones del IFSP:

Inicial:

_____/_____
(Fecha Enviada)

Review:

_____/_____
(Fecha Enviada)

Annual:

_____/_____
(Fecha Enviada)

Review:

_____/_____
(Fecha Enviada)

IFSP: FORTALEZAS DEL NIÑO(A) Y DE LA FAMILIA

(Fecha)



IFSP: PREOCUPACIONES DE LA FAMILIA Y PRIORIDADES DESEADAS

(Fecha)

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their family concerns and desired priorities.

NIVELES ACTUALES DEL DESARROLLO DEL NIÑO(A)

Visión		
Fecha de la Evaluación	Edad del Niño(a)	Habilidades Actuales
Audición		
Fecha de la Evaluación	Edad del Niño(a)	Habilidades Actuales
Estado de Salud		
Fecha de la Evaluación	Edad del Niño(a)	Habilidades Actuales
Habilidades Cognitivas/ Pensamiento		
Fecha de la Evaluación	Edad del Niño(a)	Habilidades Actuales
Habilidades de Comunicación		
Fecha de la Evaluación	Edad del Niño(a)	Habilidades Actuales

Habilidades Sociales/ Comportamiento		
Fecha de la Evaluación	Edad del Niño(a)	Habilidades Actuales
Habilidades de Autoayuda/ Adoptivas		
Fecha de la Evaluación	Edad del Niño(a)	Habilidades Actuales
Habilidades de Motriz Fina		
Fecha de la Evaluación	Edad del Niño(a)	Habilidades Actuales
Habilidades de Motriz Gruesa		
Fecha de la Evaluación	Edad del Niño(a)	Habilidades Actuales

META/RESULTADO (#1)

Meta/Resultado

Fortalezas y Recursos del Niño(a) y de la Familia relacionados con esta meta

¿Qué se hará? / ¿Quién lo hará?

El progreso será repasado a través de...

Repaso del Plan para esta Meta:

Fecha del Repaso:

HISTORIA DEL PROGRESO

META/RESULTADO (#2)

Meta/Resultado

Fortalezas y Recursos del Niño(a) y de la Familia relacionados con esta meta

¿Qué se hará? / ¿Quién lo hará?

El progreso será repasado a través de...

Repaso del Plan para esta Meta:

Fecha del Repaso:

HISTORIA DEL PROGRESO

META/RESULTADO (#3)

Meta/Resultado

Fortalezas y Recursos del Niño(a) y de la Familia relacionados con esta meta

¿Qué se hará? / ¿Quién lo hará?

El progreso será repasado a través de...

Repaso del Plan para esta Meta:

Fecha del Repaso:

HISTORIA DEL PROGRESO

SERVICIOS

Transportación

¿Hay algunas condiciones especiales para transporte seguro, para este niño/a?

LOS SERVICIOS QUE SERÁN PROVISTOS PARA REFORZAR TODAS LAS METAS Y OBJETIVOS SON:

Servicio:

¿Donde?

¿Con Cuánta Frecuencia?

¿Grupo/Individual?

¿Ambiente Natural?

[] Sí [] No

¿Cuánto Tiempo?

Principio/Final de Servicios:

_____ HASTA _____

¿Quién Paga?

¿Quién es Responsable?

1. Incluya una justificación de la extensión, si la hay, por la cuál el servicio no será provisto en el ambiente natural:

2. Notas Generales

Servicio:

¿Donde?

¿Con Cuánta Frecuencia?

¿Grupo/Individual?

¿Ambiente Natural?

[] Sí [] No

¿Cuánto Tiempo?

Principio/Final de Servicios:

_____ HASTA _____

¿Quién Paga?

¿Quién es Responsable?

1. Incluya una justificación de la extensión, si la hay, por la cuál el servicio no será provisto en el ambiente natural:

2. Notas Generales

PLAN DE TRANSICION DEL IFSP

Provisional Inicial Anual Transición Repaso Periódico

Fecha _____

Fecha de la Conferencia de la Transición:

Fecha Estimada para la Transición:

¿Qué necesita hacerse?	¿Quién es Responsable?	Limite de Tiempo:	Fecha Completada
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

EQUIPO DEL NIÑO Y DE LA FAMILIA

Provisional Inicial Anual Transición Repaso Periódico

Fecha _____

Miembros del Equipo Presentes en la Reunión:

Nombre/Firma:	Posición:	Dirección:	¿Firma en el Archivo?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otras Personas Que son Parte del Equipo del Niño y la Familia:

Nombre/Firma:	Posición:	Dirección:	Iniciales de la Familia por copia de páginas enviada:

EQUIPO DEL NIÑO Y LA FAMILIA

Entendemos el contenido del IFSP y damos el consentimiento para que comiencen todos los servicios del IFSP, a menos que se indique algo diferente más abajo.

Sí No

Entendemos que se distribuirá una copia del IFSP entre un plazo de 7 días.

Sí No

Firma de los Padres/ Encargados

Nombre/Firma:

Fecha:

¿Firma en el archivo?

Sí No

Nombre/ Firma:

Fecha:

¿Firma en el archivo?

Sí No

Explicación de por qué no se encuentra la firma en el archivo:

Comentarios: