



Sistema de Salud y Servicios Humanos Programa De Intervencion A Una Edad Temprana Confidencial Plan De Servicios Individualizados Para Familias En Nebraska (IFSP)

CONFIDENCIAL

Nombre del Niño: _____ Teléfono: _____ Domicilio: _____

Fecha de Nacimiento del Niño(a): _____ Edad del Niño(a): _____ Número de Segruo Social: _____

Fecha de Referencia al programa de Intervención a una edad Temprana: _____ Fecha de consentimiento para la evaluacion del niño(a): _____

Padre(s) Guardián:

Nombre: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Domicilio, si éste es diferente: _____

Teléfono de la Casa: _____

Nombre: _____ Teléfono del Trabajo: _____ es diferente: _____

Teléfono de la Casa: _____

Si usted tiene alguna pregunta acerca de éste plan o cualquier persona que trabaje con su niño(a), por favor llame:

Coordinador(a) de Servicios Nombre: _____ Teléfono: _____ Domicillio de la agencia: _____

IFSP Fecha de la Junta: Previa _____ Inicial _____ Revisión Periódica _____ Anual _____



INTERESES FAMILIARES Y PRIORIDADES DESEADAS:

DESARROLLO DE LOS NIVELES PRESENTES DEL NIÑO(A)

<u>Area</u>	<u>Fecha de Evaluación</u> <u>Edad del Niño(a)</u>	<u>Habilidades Actuales</u>
Vista	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Oído	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Estado de Salud	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

CHILD'S PRESENT LEVELS OF DEVELOPMENT

<u>Area</u>	<u>Fecha de Evaluación</u> <u>Edad del Niño(a)</u>	<u>Habilidades Actuales</u>
Conocimiento/ Habilidad de Pensamiento	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Habilidades de Comunicación	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Habilidades de Comportamiento Social	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

DESARROLLO DE LOS NIVELES PRESENTES DEL NIÑO(A) (INDI-CONT)

<u>Area</u>	<u>Fecha de Evaluación</u> <u>Edad del Niño(a)</u>	<u>Habilidades Actuales</u>
Ayuda Personal Habilidades de Adaptación	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Habilidades de Movimiento	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

MENTAS/RESULTADOS:

Entusiasmo y recursos del niño(a) y familia relacionados con esta meta:

¿Qué se hará y quien lo hará?

El progreso será revisado _____ por _____ a través de _____
(Cada cuanto tiempo) (¿Por quién?) (El medio usado)

Plan de Revisión para Estas Metas

<u>Fecha:</u> Cuanto Progreso	Próximos Pasos a seguir:	Comentarios
----------------------------------	--------------------------	-------------

¿Hay algunas condiciones especiales de transportación para éste niño(a)?

¿Está el niño(a) participando en programas o servicios, con niños que no tienen ninguna discapacidad?

LOS SERVICIOS QUE SERAN PROPORCIONADOS PARA REENFORZAR TODAS LAS METAS SON:

Servicio	¿Qué tan seguido? ¿Dónde? ¿Grupo o individual?	¿Costo?	¿Cuándo comenzarán los servicios, principio y final?	¿Quién pagará?	¿Quién es responsable?
----------	---	---------	---	----------------	---------------------------

IFSP TRANSITION PLAN

Fecha de la conferencia de transición: _____ Fecha Estimada para la Transición _____

¿Qué se
necesita hacer?

¿Quién es
responsable?

Limite de
tiempo

Fecha en que
se completo

Número del Estudiante _____ Distrito Escolar _____

CONFIDENCIAL

GRUPO DE LA FAMILIA Y DEL NIÑO(A)

Miembros del grupo presentes en la junta:

Nombre:	Firma:	Posición:	Domicilio y Teléfono:

Otros quienes sean parte del grupo de la familia y del niño(a):

Nombre:	Posición:	Domicilio y Teléfono:	Inicial de familia para mandar copias:

Padre(s)/Familia:

Yo/Nosotros comprendemos el contenido del IFSP y doy (damos) consentimiento para todos los servicios del IFSP para que comiencen, a menos que se indique diferente abajo. Si _____ No _____

Yo/Nosotros entendemos que una copia de IFSP será distribuida en un período de 7 días. Si _____ No _____

Copia mandada o entregada _____ (Fecha e Iniciales de la Persona quien las envío)

Firma del Padre(s) o Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Padre(s) o Guardián: _____ Fecha: _____