GCI-1021A FORFFS (10-10)
AZ014-F

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona

Esto es el

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

Para: _____ **Y para su familia**

☐ **IFSP Inicial** ☐ **IFSP Anual**

Fecha:

_____

La Misión del Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés) es para aumentar la capacidad de las familias para que apoyen a sus bebes y niños pequeños que tienen retrasos o discapacidades para que crezcan sanamente en sus hogares y comunidades.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con su oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios de DES está disponible a solicitud del cliente.

GCI-1021B FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona

MENOR Y FAMILIA

NÚM. DE ID. DEL MENOR	FECHA DEL IFSP ☐ Inicial ☐ Anual	FECHA QUE SE DERIVÓ AL AzEIP	FECHA DE ADMISIBILIDAD AL AzEIP
NOMBRE DEL COORDINADOR DE SERVICIOS	AGENCIA O PROGRAMA	NÚM. DE TEL.	CORREO ELECTRÓNICO
NOMBRE DEL MENOR *(Nombre, S. I. Apellido)*		FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO ☐ Masculino ☐ Femenino

Con Quién Vive el Menor

☐ Padre o madre ☐ padre o madre sustituto/a ☐ Tutor ☐ Miembro de su familia

NOMBRE *(Nombre, S. I. Apellido)*	DIRECCIÓN *(Núm., calle, ciudad, condado, estado, CP.)*	
CRUCE DE AVENIDAS PRINCIPALES MÁS CERCANO O INSTRUCCIONES PARA LLEGAR AL HOGAR	NÚM. DE TEL.	CORREO ELECTRÓNICO
IDIOMA QUE SE USA EN EL HOGAR	¿NECESIDAD DE UN INTÉRPRETE? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿Cuál idioma?:	DISTRITO ESCOLAR	SE DEBE ENVIAR LA NOTIFICACIÓN DE PEA NO MÁS TARDE DEL: *(La fecha en que el menor cumple 2 años 9 meses)*

Persona Adicional con Quien Puede Comunicarse

☐ Padre o madre ☐ padre o madre sustituto/a ☐ Tutor ☐ Miembro de su familia

NOMBRE *(Nombre, S. I. Apellido)*	DIRECCIÓN *(Núm., calle, ciudad, condado, estado, CP.)*	
CRUCE DE AVENIDAS PRINCIPALES MÁS CERCANO O INSTRUCCIONES PARA LLEGAR AL HOGAR	NÚM. DE TEL.	CORREO ELECTRÓNICO
IDIOMA QUE SE USA EN EL HOGAR	¿NECESIDAD DE UN INTÉRPRETE? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿Cuál idioma?	DISTRITO ESCOLAR	SE DEBE ENVIAR LA NOTIFICACIÓN DE PEA NO MÁS TARDE DEL: *La fecha en que el menor cumple 2 años 9 meses)*

Información sobre el Seguro de Salud

No se requiere consentimiento para menores que tengan el seguro de Medicaid (AHCCCS, CMDP, y IHS). **Sin embargo, tiene que proporcionar el Plan de Salud de Medicaid y el Número de Identificación.**

PADRE O MADRE PROPORCIONÓ EL CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR EL SEGURO PARTICULAR ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, llene lo siguiente.	FECHA EN LA CUAL PROPORCIONÓ EL CONSENTIMIENTO	
MÉDICO DE CABECERA *(PCP por sus siglas en inglés)*		NÚM. DE TEL.
NOMBRE DEL PLAN O DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO O PLAN DE SEGURO	NÚM. DEL GRUPO O DE LA ID.:	FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA
NOMBRE DEL ASEGURADO	NÚM. DE ID. DEL ASEGURADO:	
¿TIENE SU NIÑO/A DERECHO A RECIBIR: AHCCCS? HIS? CMDP? ☐ Sí ☐ No	PLAN DE SALUD DE AHCCCS	NÚM. DE ID. DEL AHCCCS
¿TIENE SU NIÑO/A DERECHO A RECIBIR: ALTCS? ☐ Sí ☐ No	PLAN DE SALUD DE ALTCS	

GCI-1021C FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana (AzEIP por sus siglas en inglés)

☐ IFSP Inicial
☐ IFSP Anual

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DEL TAMIZ AUDITIVO

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	APELLIDO DE LA MADRE
ORDEN DE NACIMIENTO (*múltiples*) ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	FECHA	HOSPITAL DONDE NACIÓ

1. Revisión de la Historia Clínica o Expedientes

¿Hay algún diagnóstico previo de pérdida de la audición? ☐ Sí ☐ No

Tamiz Auditivo Neonatal

Resultados de los pacientes internados:	**OAE**	☐ Derecho ☐ Pasó ☐ Derivado	☐ Izquierdo ☐ Pasó ☐ Derivado	**ABR**	☐ Derecho ☐ Pasó ☐ Derivado	☐ Izquierdo ☐ Pasó ☐ Derivado

Tamiz de los Pacientes Externos *(seguimiento del tamiz neonatal)*

Resultados de los pacientes externos:	**OAE**	☐ Derecho ☐ Pasó ☐ Derivado	☐ Izquierdo ☐ Pasó ☐ Derivado	**ABR**	☐ Derecho ☐ Pasó ☐ Derivado	☐ Izquierdo ☐ Pasó ☐ Derivado

Fecha: _____ ¿Dónde se hizo el tamiz? _____

Evaluación Auditiva ABR ¿Dónde se hizo la prueba? _____ Fecha: _____

Resultados: _____ Recomendaciones: _____

Evaluación de la Prueba Auditiva (audiograma) ¿Dónde se hizo la prueba? _____ Fecha: _____

Resultados: _____ Recomendaciones: _____

2. Indicadores para los Niños que está en Riesgo de Presentar Aparición Tardía o Progresiva de Hipocausia *(Verificar los factores de riesgo que se presentan)*

☐ Preocupación de los padres o del proveedor de cuidado relativa a la audición, el habla, el lenguaje y/o el retraso en el desarrollo.

☐ Historia familiar de pérdida permanente de la audición durante la infancia.

☐ Infecciones posnatales asociadas a la hipoacusia neurosensorial incluyendo la meningitis bacteriana.

☐ Traumatismo craneal

☐ Otitis media recurrente o persistente con efusión por lo menos durante 3 meses..

☐ Estigma u otros hallazgos asociados con un síndrome que incluye hipoacusia neurosensorial o conductiva o disfunción de la trompa de Eustaquio.

☐ Síndromes asociados con hipocausia progresiva como neurofibromatosis, osteopetrosis y síndrome de Usher.

☐ Indicadores neonatales, específicamente hiperbilirrubinemia a nivel sérico que requiere transfusiones, hipertensión pulmonar persistente del neonato asociada con ventilación mecánica, y afecciones que exigen el uso de oxigenación por membrana extracorpórea. (ECHMO por sus siglas en inglés.)

☐ Trastornos neurodegenerativos, tal como el síndrome de Hunter, o neuropatías sensoriomotrices, tal como la ataxia de Friedreich y el síndrome de Charcot-Marie-Tooth.

☐ Quimioterapia

Pautas para el Seguimiento del Tamiz Auditivo:

- Si un/a niño/a pasó el tamiz auditivo neonatal en los últimos 6 meses y no presenta factores de riesgo para la aparición tardía o progresiva de hipocausia, entonces no es necesario que el/la niño/a se someta a otro tamiz objetivo por el plazo de un año.
- Si un/a niño/a no pasa el tamiz, el/la niño/a debería tener un tamiz de seguimiento en las siguientes 2 a 4 semanas. Si el/la niño/a no pasa el tamiz auditivo, se le debe hacer una evaluación médica del oído medio y una evaluación por un audiólogo pediátrico para descartar que exista una pérdida de la audición.

Continued on next page

Resultados del Tamiz Auditivo

Fecha: _____ Examinador : _____ ☐ Inspección Visual ☐ Derecho ☐ Pasó ☐ Derivado ☐ Izquierdo ☐ Pasó ☐ Derivado

☐ OAE ☐ Tono Puro ☐ Derecho ☐ Pasó ☐ Derivado ☐ No se pudo hacer la prueba ☐ Izquierdo ☐ Pasó ☐ Derivado ☐ No se pudo hacer la prueba

☐ Timpanometría ☐ Derecho ☐ Pasó ☐ Derivado ☐ No se pudo hacer la prueba ☐ Izquierdo ☐ Pasó ☐ Derivado ☐ No se pudo hacer la prueba

Recomendaciones: _____

Volver a hacer el Tamiz

Fecha: _____ Examinador _____ ☐ Inspección Visual ☐ Derecho ☐ Pasó ☐ Derivado ☐ Izquierdo ☐ Pasó ☐ Derivado

☐ OAE ☐ Tono Puro ☐ Derecho ☐ Pasó ☐ Derivado ☐ No pudo hacerse la prueba ☐ Izquierdo ☐ Pasó ☐ Derivado ☐ No pudo hacerse la prueba

☐ Timpanometría ☐ Derecho ☐ Pasó ☐ Derivado ☐ No pudo hacerse la prueba ☐ Izquierdo ☐ Pasó ☐ Derivado ☐ No pudo hacerse la prueba

Recomendaciones: _____

Derivado a: _____ Fecha: _____

Firma del Padre o Madre o del Padre o Madre Sustituto(a): _____ Fecha: _____

GCI-1021D FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

☐ IFSP Inicial
☐ IFSP Anual

LISTA DE CONTROL PARA EL EXAMEN DE LA VISIÓN

Aviso para los Padres y Examinadores: Este examen fue desarrollado para usarlo con bebes, niños pequeños y niños; quienes no pueden participar en un examen de agudeza visual.

Cuando un menor puede equivaler, seleccionar, identificar o nombrar un dibujo o un símbolo igual al que le muestra el examinador, se debe realizar uno de los exámenes formales de agudeza visual diseñados para niños/as de nivel inicial, como complemento de la presente lista de control para el examen de la visión.

NOMBRE DEL MENOR	AGENCIA ENCARGADA DEL EXAMEN	FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR

EDAD CRONOLÓGICA (al momento del examen)	EDAD REAJUSTADA *(para prematuros que ahora tienen menos de dos años, restar de la edad cronológica el núm.de semanas de precocidad)*

PERSONA(S) QUE LLENAN LA LISTA DE CONTROL ***(después de su nombre escriba el papel que desempeña en el equipo del menor o de su agencia)***

PADRES O ENCARGADO DEL CUIDADO	OTRO	OTRO

Aviso para el Examinador: Una vez que se terminaron los exámenes y se marcaron los indicadores, debe entregarse **una copia a la familia** para que comparta con el proveedor de atención médica. Si su niño/a todavía no ha visitado a un oftalmólogo, el llenar esta lista le dará una indicación de la presencia de posibles inquietudes o señales a observar. Si su niño/a ya ha concurrido a una consulta oftalmológica, la realización de este examen le ofrecerá más información sobre la visión de su hijo**. NO HAY NINGÚN EXAMEN QUE SUSTITUYA A UNA PRUEBA VISUAL PRACTICADO POR UN OFTALMÓLOGO PEDIÁTRICO.**

¿Ha tenido el niño una consulta con un especialista en la visión *(un oftalmólogo, M.D. o un optometrista, O.D.)*? ☐ **Sí** ☐ **No**

NOMBRE DEL DOCTOR	DIRECCIÓN *(núm., calle, ciudad, estado, código postal.)*	NÚM. DE TELÉFONO

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA VISIÓN *(diagnóstico, anteojos u otros tratamientos, seguimiento programado o anticipado)*

FACTORES DE RIESGO POR LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN – Estos son detalles de la historia familiar y de la historia clínica que tienen alta incidencia en la pérdida de la visión en bebes y niños pequeños.

☐ Antecedentes familiares de otras afecciones oculares que no sea el uso de anteojos, o cataratas relacionadas a la edad. Enumere las condición(es) oculares de la familia _____

☐ Meningitis o encefalitis ☐ Historial materno de infecciones durante el embarazo (CMV, toxoplasmosis, rubeola, STD)

☐ Nacimiento prematuro de 36 semanas o menos. Número de semanas: _____ ☐ Exposición al oxígeno por más de 24 horas ☐ Episodio de traumatismo craneal

☐ Convulsiones ☐ Peso al nacer menor a 3 lbs. (o 1300 gramos) Peso al Nacer: _____ ☐ Problemas Neurológicos

☐ Exposición significativa prenatal al alcohol o a las drogas, incluye medicamentos con receta médica ☐ Inquietud de un padre o madre o encargado del cuidado acerca de la visión del menor.

***Aviso:** Si en su niño/a se identifican **FACTORES DE RIESGO**, pregunte a su proveedor de atención médica la forma en que estos factores pueden afectar la visión del menor.

Continued on next page.

SEÑALES DE CONDUCTA QUE PUEDEN INDICAR PÉRDIDA DE LA VISIÓN - Estas son algunas formas conocidas en que se comportan los niños pequeños cuando tienen dificultades con la visión

- ☐ Se inclina o gira la cabeza a un lado mientras mira (si tiene más de 6 meses)
- ☐ Reacciona ante los juguetes sólo cuando van acompañados de un sonido. *(si tiene más de 6 meses)*
- ☐ **Hace movimientos constantes y rápidos con los ojos o parece que tiene una oscilación espasmódica. *(a esto se le conoce como nistagmo)***
- ☐ Constantemente pasa por encima o debajo de lo que desea alcanzar *(si tiene más de 6 meses)*
- ☐ Acerca los objetos a un ojo en lugar de usar ambos para ver.
- ☐ Los ojos parecen volverse hacia adentro, hacia afuera, hacia arriba o hacia abajo. *(si tiene más de 6 meses)*
- ☐ **Coloca un objeto a pocas pulgadas de los ojos para mirar. *(si tiene más de 12 meses)***
- ☐ Se mete un dedo en los ojos, se balancea o mira fijamente las luces brillantes
- ☐ No se da cuenta de la gente o de los objetos cuando se colocan en determinada área.
- ☐ Mueve la mano o un objeto hacia adelante y hacia atrás frente a sus ojos. *(si tiene más de 12 meses)*
- ☐ Entrecierra los ojos, arruga la frente o frunce el seño al mirar objetos.
- ☐ No puede ver un juguete caído. *(si tiene más de 6 meses)*
- ☐ Se cubre o cierra un ojo con frecuencia
- ☐ **Se tropieza con el bordillo de las veredas o de los escalones. *(si tiene más de 18 meses)***
- ☐ **Empuja la cabeza hacia adelante o hacia atrás al mirar objetos**

Aviso: *Si usted identifica en su niño/a estas **SEÑALES DE CONDUCTA**, envíe una copia llena de la lista de control a su proveedor de atención médica y pídale que derive a su niño/a a un oftalmólogo pediátrico.*

- ☐ **No se marcó ningún indicador. Por el momento no se indica que deba recibirse atención oftalmológica adicional.**
- ☐ **Se han identificado uno o más factores de riesgo. Entregar una copia a la familia para que dialogue sobre los factores de riesgo con su prestador de atención médica.**
- ☐ **Se han identificado una o más señales de conducta. Entregar una copia a la familia para que su proveedor de atención médica revise y, a través del sistema de atención médica, derive al niño/a a un oftalmólogo pediátrico para que le practique un examen ocular completo.**

Una lista de control del examen es sólo un indicador general. No todos los menores en cuya lista haya un punto marcado tendrán un problema visual.

Algunos menores en cuya lista no se ha marcado ningún punto podrán tener un problema visual que no era lo suficientemente consistente para marcarlo al llenar la lista. Si su niño/a comienza a mostrar señales de mala visión o si se produce un cambio significativo en ésta, póngase en contacto con su proveedor de atención médica.

FIRMA DE LAS PERSONAS QUE LLENAN ESTE FORMULARIO CON LOS PADRES O ENCARGADOS DEL CUIDADO ***(Necesario)***	FECHA

GCI-1021E FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

OPORTUNIDADES DE APRENDIZAJE MEDIANTE ACTIVIDADES, AMBIENTACIÓN E INTERACCIONES NATURALES COTIDIANAS

☐ IFSP Inicial
☐ IFSP Anual

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA

Los niños aprenden mejor a través de las experiencias y de las interacciones habituales con otros durante actividades como el juego y mediante las rutinas diarias como a la hora de la comida, del baño y la hora de acostarse. El propósito de la intervención temprana es el de promover el aprendizaje y la participación de los niños en las actividades y rutinas diarias. Estas preguntas le ayudarán a identificar las actividades y rutinas que son importantes para su familia.

- ¿Cómo es un día típico para su familia?
- Hablemos sobre las rutinas o actividades en las que su niño/a y/o familia participa.
- ¿Quién participa durante estas actividades o rutinas? ¿Qué hacen?
- ¿Puede usted describir cómo su niño/a interactúa y se comunica con otros durante estas actividades?

GCI-1021F FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

LOS RECURSOS, PRIORIDADES, PREOCUPACIONES E INTERESES FAMLIARES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DEL NUESTRO HIJO

☐ IFSP Inicial
☐ IFSP Anual

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA

Nos gustaría saber más acerca de usted y de su familia para que podamos apoyarlo a usted para que ayude a su hijo/a en el aprendizaje y el crecimiento. La información que usted proporcione es de carácter voluntario.

- Cuando piensa en lo que es importante para usted y para su familia (*ahora y en el futuro*), ¿qué expectativas tiene usted acerca de la salud y el desarrollo de su hijo/a?
- ¿En cuáles actividades se interesa su familia y cómo puede su hijo/a participar plenamente (*viaje familiar, hora para cuentos en la biblioteca, asistiendo a partidos de béisbol, etc.)?*
- ¿Tiene usted alguna pregunta acerca de la capacidad que tiene su hijo/a para participar de forma independiente en actividades y/o con otros miembros de la familia? Si es así, hablemos de ellos.

Otros Servicios (que están establecidos o son necesarios)

Servicios tales como médicos, recreativos, religiosos, sociales y otros relacionados con el menor, que no están cubiertos por AzEIP y que contribuyen a este plan.

- Recursos que tiene su familia que son útiles para satisfacer las necesidades de su hijo/a y de su familia.
- Recursos que le interesan a usted para ayudar a su familia *(WIC, cuidado de la salud, aprender más sobre el futuro desarrollo de su hijo/a, etc.).*

Recurso(s), Servicio(s) y Apoyo	Marque la casilla si es necesario	Fuente de Pago
	☐	
	☐	
	☐	
	☐	

GCI-1021G FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

☐ Inicial IFSP
☐ Anual IFSP

RESUMEN DE LOS NIVELES ACTUALES DE DESARROLLO DEL MENOR

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA

Nota: IFSP inicial: La información es a menudo copiada del informe de evaluación, por favor añada cualquier comentario adicional.. IFSP Anual: La información de actualizaciones trimestrales o de otras fuentes, además de observaciones de los padres y del equipo, se utilizan para informar el progreso de desarrollo del niño/a.

Comment [d1]: This is the wording the way we need it.

Para ayudarnos a planificar cómo podemos proveerle a usted y a su niño/a con ayuda y servicios para lograr los resultados, preparamos un resumen de la salud, crecimiento y desarrollo de su niño/a. Usted ya nos ha ayudado a recopilar esta información. Las posibles fuentes de información para este resumen incluyen conversaciones que hemos tenido con usted, observaciones que hemos hecho de su hijo/a en las rutinas diarias, calificación y evaluaciones e informes médicos formales.

FECHA EN QUE SE REALIZÓ EL EXAMEN DE LA VISIÓN	REALIZADO POR	NÚM. DE FACTORES DE RIESGO MARCADOS	FECHA EN QUE SE ENTREGÓ COPIA A LA FAMILIA
FECHA EN QUE SE REALIZÓ EL EXAMEN AUDITIVO *	REALIZADO POR	NÚM. DE FACTORES DE RIESGO MARCADOS	FECHA EN QUE SE ENTREGÓ COPIA A LA FAMILIA

*Si no se hizo un examen auditivo en 6 meses, para obtenerlo se tienen que incluir las estrategias en el IFSP.

Díganos acerca de la salud actual de su hijo/a. Incluya **nuevas** preocupaciones, nuevos diagnósticos, enfermedades graves o accidentes, convulsiones, hospitalización y medicamentos que toma regularmente y cómo esta situación puede afectar el desarrollo de su hijo/a.

Resumen del Desarrollo. Las áreas en las cuales podemos pensar en el contexto de la rutina y las actividades de su familia incluyen la habilidad para aprender y usar nuevas habilidades, entablar relaciones con los demás y ser independiente dentro de esas rutinas (*ésto incluye el conocimiento, la comunicación, física, social o emocional y la autoayuda).*

Si es necesario, continúe en la siguiente página.

GCI-1021H FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

☐ Inicial IFSP
☐ Anual IFSP

RESUMEN DE LOS NIVELES ACTUALES DE DESARROLLO DEL MENOR *(Continuación)*

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA

Se puede utilizar el espacio abajo como una continuación de la página previa, o para registrar una actualización al momento de la revisión.

GCI-1021I FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

☐ IFSP Inicial
☐ IFSP Anual

Resultado Núm.:

RESULTADOS FUNCIONALES PARA EL MENOR Y SU FAMILIA

NOMBRE DEL MENOR	DATE OF BIRTH	FECHA

De lo que sabemos sobre los intereses, rutinas y habilidades de su niño/a y su familia y los posibles apoyos disponibles dentro de su familia y de su comunidad, ¿qué desearía su familia que ocurre o cambie dentro de los próximos meses?

¿Qué pasa ahora que esté relacionado a esta rutina o actividad?

Estrategias que se enfocarán en las rutinas y actividades identificadas de su familia, incluyendo personas y recursos.

¿Cómo sabremos si estamos teniendo progresos *(ejemplos específicos que se pueden medir)*?

Estado del Resultado. Nosotros como un equipo hemos revisado este resultado y hemos decidido que:

ESTE ES UN NUEVO RESULTADO	FECHA	HEMOS TERMINADO O LOGRADO ESTE RESULTADO	FECHA
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
SEGUIREMOS CON ESTE RESULTADO	FECHA	HEMOS REVISADO ESTE RESULTADO	FECHA
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
DESCONTINUAREMOS ESTE RESULTADO		FECHA	
☐ Sí ☐ No			

GCI-1021I FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

☐ IFSP Inicial
☐ IFSP Anual

Resultado Núm.:

RESULTADOS FUNCIONALES PARA EL MENOR Y SU FAMILIA

NOMBRE DEL MENOR	DATE OF BIRTH	FECHA

De lo que sabemos sobre los intereses, rutinas y habilidades de su niño/a y su familia y los posibles apoyos disponibles dentro de su familia y de su comunidad, ¿qué desearía su familia que ocurre o cambie dentro de los próximos meses?

¿Qué pasa ahora que esté relacionado a esta rutina o actividad?

Estrategias que se enfocarán en las rutinas y actividades identificadas de su familia, incluyendo personas y recursos.

¿Cómo sabremos si estamos teniendo progresos *(ejemplos específicos que se pueden medir)*?

Estado del Resultado. Nosotros como un equipo hemos revisado este resultado y hemos decidido que:

ESTE ES UN NUEVO RESULTADO	FECHA	HEMOS TERMINADO O LOGRADO ESTE RESULTADO	FECHA
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
SEGUIREMOS CON ESTE RESULTADO	FECHA	HEMOS REVISADO ESTE RESULTADO	FECHA
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
DESCONTINUAREMOS ESTE RESULTADO		FECHA	
☐ Sí ☐ No			

GCI-1021I FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

☐ IFSP Inicial
☐ IFSP Anual

Resultado Núm.:

RESULTADOS FUNCIONALES PARA EL MENOR Y SU FAMILIA

NOMBRE DEL MENOR	DATE OF BIRTH	FECHA

De lo que sabemos sobre los intereses, rutinas y habilidades de su niño/a y su familia y los posibles apoyos disponibles dentro de su familia y de su comunidad, ¿qué desearía su familia que ocurre o cambie dentro de los próximos meses?

¿Qué pasa ahora que esté relacionado a esta rutina o actividad?

Estrategias que se enfocarán en las rutinas y actividades identificadas de su familia, incluyendo personas y recursos.

¿Cómo sabremos si estamos teniendo progresos *(ejemplos específicos que se pueden medir)*?

Estado del Resultado. Nosotros como un equipo hemos revisado este resultado y hemos decidido que:

ESTE ES UN NUEVO RESULTADO	FECHA	HEMOS TERMINADO O LOGRADO ESTE RESULTADO	FECHA
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
SEGUIREMOS CON ESTE RESULTADO	FECHA	HEMOS REVISADO ESTE RESULTADO	FECHA
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
DESCONTINUAREMOS ESTE RESULTADO		FECHA	
☐ Sí ☐ No			

GCI-1021I FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

☐ IFSP Inicial
☐ IFSP Anual

Resultado Núm.:

RESULTADOS FUNCIONALES PARA EL MENOR Y SU FAMILIA

NOMBRE DEL MENOR	DATE OF BIRTH	FECHA

De lo que sabemos sobre los intereses, rutinas y habilidades de su niño/a y su familia y los posibles apoyos disponibles dentro de su familia y de su comunidad, ¿qué desearía su familia que ocurre o cambie dentro de los próximos meses?

¿Qué pasa ahora que esté relacionado a esta rutina o actividad?

Estrategias que se enfocarán en las rutinas y actividades identificadas de su familia, incluyendo personas y recursos.

¿Cómo sabremos si estamos teniendo progresos *(ejemplos específicos que se pueden medir)*?

Estado del Resultado. Nosotros como un equipo hemos revisado este resultado y hemos decidido que:

ESTE ES UN NUEVO RESULTADO	FECHA	HEMOS TERMINADO O LOGRADO ESTE RESULTADO	FECHA
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
SEGUIREMOS CON ESTE RESULTADO	FECHA	HEMOS REVISADO ESTE RESULTADO	FECHA
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
DESCONTINUAREMOS ESTE RESULTADO		FECHA	
☐ Sí ☐ No			

GCI-1021J FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

☐ IFSP Inicial

☐ IFSP Anual

RESULTADOS PARA LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA

La coordinación de los Servicios se proporciona a todas las familias inscritos el Programa de Intervención Temprana de Arizona. Un Coordinador de Servicio le ayudará a su menor y familia a tener acceso a los recursos y apoyos. Esta página va a resumir los pasos y actividades para ayudar a usted y su menor con los resultados abajo.

Código del revisión del progreso: N = Nuevo C = Continuado A = Logrado R = Revisado D - Descontinuado

Resultado núm.: ¿Qué queremos lograr? *(Resultados deseados)*

Fecha Inicial:

Fecha objetiva:

¿Quién hará qué? *(Estrategias o actividades)*

Fecha de revisión:

Código del progreso:

☐ **N** ☐ **C** ☐ **A** ☐ **R** ☐ **D**

Resultado núm.: Qué queremos lograr? *(Resultados deseados)*

Fecha Inicial:

Fecha objetiva:

¿Quién hará qué? *(Estrategias o actividades)*

Fecha de revisión:

Código del progreso:

☐ **N** ☐ **C** ☐ **A** ☐ **R** ☐ **D**

Resultado núm.: ¿Qué queremos lograr? *(Resultados deseados)*

Fecha Inicial:

Fecha objetiva:

¿Quién hará qué? *(Estrategias o actividades)*

Fecha de revisión:

Código del progreso:

☐ **N** ☐ **C** ☐ **A** ☐ **R** ☐ **D**

Resultado núm.: ¿Qué queremos lograr? *(Resultados deseados)*

Fecha Inicial:

Fecha objetiva:

¿Quién hará qué? *(Estrategias o actividades)*

Fecha de revisión:

Código del progreso::

☐ **N** ☐ **C** ☐ **A** ☐ **R** ☐ **D**

GCI-1021K FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

☐ IFSP Inicial
☐ IFSP Anual

SERVICIOS NECESARIOS PARA HACER PROGRESOS HACIA LOS RESULTADOS

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA

Inicial: _____ Costos Compartidos: Yo entiendo que AzEIP tiene una Política de Costos Compartidos entre la Familia y la Agencia. Como una persona responsable, yo confirmo que he recibido la información sobre los costos de la Agencia que provee Servicios de AzEIP por cada servicio que está sujeto a los Costos Compartidos.

Resultado Núm.	**Servicio**	**Cuotas Aplican**	**Nombre del Proveedor**	***Ambiente de Servicio** **H = Hogar** **C = Comunidad** **O = Otro**	**Frecuencia/ Intensidad** *veces por semana, mes, minutos por sesión)*	****Fuente(s) de fondos** *(Use el formato de 1-7, ponga todos los números que se aplican)*	**Fecha Inicial Planeada**	**Fecha Inicial Real**	**Fecha de Terminación Planeada**
	Coordinación De Servicio	**N/A**		**N/A**					
	(Líder del equipo)	☐ S ☐ N		☐ H ☐ C ☐ O					
		☐ S ☐ N		☐ H ☐ C ☐ O					
		☐ S ☐ N		☐ H ☐ C ☐ O					
		☐ S ☐ N		☐ H ☐ C ☐ O					
		☐ S ☐ N		☐ H ☐ C ☐ O					
		☐ S ☐ N		☐ H ☐ C ☐ O					

SELECCIONE UNO: Ambiente Principal de Servicio ☐ H ☐ C ☐ O El ambiente principal es el ambiente en el cual el bebé o infante recibe la mayoría de horas de Servicios de Intervención Temprana.

****Códigos de los Ambientes de Servicios:** **H=Hogar** La residencia principal de la familia o encargado(s) del menor; **C=Comunidad** Donde se encuentran típicamente los menores sin incapacidades s; **O=Otro** un ambiente que no es el hogar, ni basado en la comunidad que incluye pero no se limite a hospitales, clínicas, centros de EI, clases para menores con discapacidades. Si se seleccione **'Otro'**, adjunte una hoja de justificación.

*****Fuente de Fondos:** **1.** Medicaid (AHCCCS/CMDP/HIS) **2.** Seguro privado (PI) **3.** Costos Compartidos (FCP) **4.** Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP) **5.** Departamento de Incapacidades de Desarrollo (DDD) **6.** Sistema de Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS) **7.** Los Escuelas Estatales de Arizona para los Sordos y Ciegos (ASDB por sus siglas en inglés).

Discusión:

GCI-1021L FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR
JUSTIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA QUE NO SE LOGRAN SATISFACTORIAMENTE EN UN ENTORNO NATURAL

☐ IFSP Inicial
☐ IFSP Anual

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA

RESULTADO NÚM.	SERVICIO	UBICACIÓN DEL SERVICIO	PROVEEDOR DEL SERVICIO

Explique por qué el (los) resultado(s) no se pudo(ieron)cumplir si el servicio se ofreció en un entorno natural. Si no hubo progreso satisfactorio de los resultados en un entorno natural, describa ambientes alternativos y/o modificaciones a los resultados que se han considerado y las razones de la falta de éxito de cada uno.

Explique cómo los servicios proporcionados en este lugar, podrían generalizarse dentro de las actividades y rutinas de la familia.

Describa un plan con una programación sugerida y apoyos necesarios para permitir que el(los) resultado (s) se logren de manera satisfactoria en los entornos naturales.

GCI-1021M FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR
PLAN DE TRANSICIÓN Y PROGRAMACIÓN SUGERIDA

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA

Actividades	Pasos	Programación
Los padres han recibido información sobre los programas y servicios disponibles después de que el menor ha cumplido los tres años.	El Coordinador de Servicios (SC por sus siglas en inglés) comparte la información sobre la transición de la intervención temprana a la edad de tres años.	Durante toda la inscripción en el AzEIP. **Fecha(s) Cumplida(s):**
Reunión de Planificación de la Transición del IFSP	Hablar de todas las opciones de la primera infancia disponibles para la familia en su comunidad, incluida la educación preescolar especial, Head Start, programas preescolares privados y centros de cuidado infantil	El IFSP (por sus siglas en inglés) más cercano al segundo cumpleaños del menor, pero no antes, o en la reunión inicial del IFSP si el niño tiene más de 2 años, 9 meses en la reunión inicial del IFSP
	Hablar de la conferencia de Transición y documentar la decisión y el consentimiento de los padres en la página siguiente.	**Fecha Cumplida**
	Hablar de la Notificación o Recomendación de PEA y Optar por no Participar. El documento de SC explica a la familia la política de AzEIP sobre la Notificación o Recomendación de PEA y el derecho de los padres de Optar en no Participar, por escrito, utilizando la página de Notificación o Recomendación de PEA Optar por no Participar del IFSP.	No más tarde de la fecha cuando el menor tiene 2 años 9 meses. **Fecha Cumplida:**
	Otras medidas que deben adoptarse para asegurar una transición exitosa de la intervención temprana. Especificar:	Especificar: **Fecha Cumplida:**
El SC envía la Invitación para participar, en una solicitud de conferencia de transición a los invitados	Si la familia está de acuerdo en la conferencia de transición, SC envía la invitación para participar en una solicitud de conferencia de transición a los invitados.	2.0 años a 2.6 años. La invitación enviada por lo menos 2 semanas antes de la conferencia, a menos que una fecha anterior sea acordada. **Fecha(s) Cumplida(s):**
Conferencia de Transición	SC facilitates conference and summarizes transition plan using the Transition Conference Summary Form. SC shares copies with family and conference participants. SC facilita la conferencia y resume el plan de transición usando el Formulario del Resumen de la Conferencia de Transición. SC comparte las copias con la familia y los participantes a la conferencia	2.6 a 2.9 años (tan pronto como 2.3 a discreción de las partes); o si la reunión inicial de IFSP se lleva a cabo cuando el menor es > de 2.9 años, la conferencia se lleva a cabo en la primera reunión del IFSP. **Fecha Cumplida:**
Asistir a un Equipo de Evaluación Multidiciplinario (MET por sus siglas en inglés) Conferencia sobre Derechos y Plan de Educación Individualizado IEP (por sus siglas en inglés)	A petición de los padres, SC asiste a la conferencia sobre derechos. A petición de los padres, SC y el proveedor del equipo de IFSP asisten a la reunión del IEP.	Por el 3er cumpleaños del menor **Fecha Cumplida**
Llenar el formulario del Resumen Indicador del Menor. Proporcionar a la familia una evaluación de la familia.	SC con el equipo (incluida la familia) completan la evaluación del formulario del resumen indicador del menor. SC explica y proporciona una copia de la evaluación de la familia con la familia.	Dentro de los 3 meses anteriores a la salida del menor de la intervención temprana. En o cerca de la salida de la intervención temprana. **Fecha(s) Cumplida(s):**

Formatted Table

Formatted: Not Highlight
Formatted: Spanish (Mexico), Not Highlight
Formatted: Spanish (Mexico), Not Highlight
Formatted: Spanish (Mexico), Not Highlight
Formatted: Spanish (Mexico), Not Highlight
Formatted: Not Highlight
Formatted: Spanish (Mexico), Not Highlight
Formatted: Spanish (Mexico), Not Highlight
Formatted: Spanish (Mexico), Not Highlight
Formatted: Spanish (Mexico), Not Highlight
Formatted: Spanish (Mexico), Not Highlight
Formatted: Spanish (Mexico), Not Highlight

GCI-1021N FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

CONFERENCIA DE TRANSICIÓN Y LA PÁGINA PARA FIRMAR EN QUE SE OPTA POR NO PARTICIPAR

(A ser llenado durante la reunión de Planificación de la Transición del IFSP más cercana a, pero no antes del 2do. cumpleaños del menor)

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA

Conferencia de Transición

Mi coordinador de servicio me explico sobre el proceso de transición y el propósito de la Conferencia de Transición que debe llevarse a cabo cuando mi niño tenga entre los 2 años y 6 meses y 2 años y 9 meses de edad *(y a la discreción de todas las partes no antes de los 2 años, 3 meses).*

☐ Estoy de acuerdo en que mi coordinador de servicio organice una conferencia de transición

☐ Mi equipo me ha dado autorización para compartir verbalmente la información acerca de mi hijo durante la conferencia de transición. Me gustaría que las siguientes personas sean invitadas a la conferencia:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Nombre y Núm. de Teléfono ***Nombre y Núm. de Teléfono*** ***Nombre y Núm. de Teléfono***

☐ No estoy de acuerdo en tener una conferencia de transición

Notificación / Recomendación de Optar por no Participar con la Agencia Publica de Educación (PEA por sus siglas en inglés)

El Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP) tiene la obligación de notificar a su distrito escolar de residencia que su hijo se acerca a la edad de tres años y potencialmente cumple con los requisitos para los servicios de pre-educación especial. AzEIP notifica al distrito de residencia, enviando el nombre de su hijo/a, fecha de nacimiento, y su nombre, dirección y número de teléfono, en el formulario de "Notificación/Recomendación PEA ". A la recepción de la presente notificación PEA / Recomendación, su distrito de residencia debe considerar una recomendación inicial para determinar el derecho a recibir los servicios de educación especial.

El consentimiento de los padres no es necesario para que el AzEIP envíe la Notificación/Recomendación PEA a su distrito de residencia, SIN EMBARGO, si usted no desea que AzEIP proporcione esta notificación a su distrito de residencia, usted tiene el derecho a la exclusión de la siguiente manera:

1. Escriba su nombre debajo, firme y feche su decisión de exclusión para la Notificación/Recomendación PEA
2. Si su hijo es menor de 2 años 9 meses y tiene un IFSP, so coordinador de servicios de AzEIP le explicará su derecho a optar por no participar en la reunión de planificación de la transición del IFP que se llevará a cabo lo más cerca, pero no antes del 2do cumpleaños de su hijo. Usted debe optar por no participar antes de que su hijo cumpla los 2 años 9 meses.
3. Si su niño es mayor de 2 años 9 meses cuando usted tiene su primera reunión con el IFSP; su coordinador de servicio del AzEIP le explicará la opción de la política tan pronto sea posible después que su niño cumpla con los requisitos y a más tardar en la primera reunión del IFSP. Usted debe optar por no tomar parte antes o en el IFSP inicial (planificación de la transición) de reuniones, pero a más tardar cuando el niño tiene 2 años 10,5 meses.
4. AzEIP debe enviar la Notificación /Recomendación PEA a menos que opte por no tomar parte por escrito dentro de los plazos exigidos.

Yo _____ He optado por excluir de la Notificación/Recomendación PEA de mi distrito de residencia, a mi hijo/a. Mi firma a continuación cumple con el requisito que mi objeción es por escrito.

Escriba o Mecanografíe su Nombre

Firma del Padre o Madre o Padre o Madre Sustituto/a	***Fecha***	***Firma del Padre o Madre o Padre o Madre Sustituto/a***	***Fecha***

GCI-1021O FORFFS (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

☐ IFSP Inicial
☐ IFSP Anual

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL(LOS) PADRE(S) PARA LOS SERVICIOS

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA

Yo he participado en el desarrollo de este IFSP y entiendo que yo puedo aceptar o rehusar alguno o todos los servicios identificados en el IFSP. Yo entiendo que puedo retirar mi consentimiento para los servicios en cualquier momento. **Por favor escriba sus iniciales y firme abajo**.

Inicial: _____	**1a.** Yo estoy de acuerdo con el IFSP propuesto tal como está escrito. Asimismo, yo entiendo que mi firma (abajo) indica que: (a) Yo he recibido información completa de los apoyos y la razón por la cual se proponen los servicios; (b) mi coordinador de servicios me ha explicado mis derechos bajo este programa y (c) Yo doy mi consentimiento para llevar a cabo este IFSP tal como está escrito.
Inicial: _____	**1b**. Yo no estoy de acuerdo con el IFSP propuesto tal como está escrito (debe llenarse una Notificación Previa y entregársela a la familia); no obstante, yo sí doy mi consentimiento para los siguientes servicios y frecuencia: **Nota**: El Coordinador del Servicio **puede** documentar los servicios consentidos en la casilla "Diálogo" en la página "Servicios Necesarios para Progresar".
Inicial: _____	**2**. Mi coordinador de servicio me explicó mis derechos bajo este programa. Yo acepto o declino **(circule uno)** una copia por escrito del Folleto de AZEIP sobre las Medidas Preventivas del Proceso para la Familia.
Inicial: _____	**3**. Yo he recibido una copia de la Encuesta Familiar de AzEIP (IFSP Anual o de Transición/Salida).

Firma del Padre, Madre u Otra persona	***Fecha***	***Firma del Padre, Madre u Otra Persona***	***Fecha***

GCI-1021P FORFF (10-10)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Programa de Intervención Temprana de Arizona

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

☐ IFSP Inicial
☐ IFSP Anual

EQUIPO DEL IFSP

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA

Lista de los miembros del equipo, presentes o no, quienes contribuyeron con el desarrollo del IFSP.

Coordinador del Servicio	Agencia o Programa	Núm. de Teléfono	Método de Participación	Fecha
Líder del Equipo	**Agencia o Programa**	**Núm. de Teléfono**	**Método de Participación**	**Fecha**
Miembro del Equipo	**Agencia o Programa**	**Núm. de Teléfono**	**Método de Participación**	**Fecha**
Miembro del Equipo	**Agencia o Programa**	**Núm. de Teléfono**	**Método de Participación**	**Fecha**
Miembro del Equipo	**Agencia o Programa**	**Núm. de Teléfono**	**Método de Participación**	**Fecha**
Miembro del Equipo	**Agencia o Programa**	**Núm. de Teléfono**	**Método de Participación**	**Fecha**
Miembro del Equipo	**Agencia o Programa**	**Núm. de Teléfono**	**Método de Participación**	**Fecha**