



PROGRAMA DE INFANTES Y NIÑOS DE MARYLAND

# Plan Individualizado de Servicios para la Familia (Individualized Family Service Plan, IFSP)

|                       |                               |                  |                                      |                                  |   |  |                                |
|-----------------------|-------------------------------|------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---|--|--------------------------------|
| Fecha de la remisión: | Fecha de la reunión del IFSP: | Tipo de reunión: | <input type="checkbox"/> Provisional | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> Revisión semestral | <input type="checkbox"/> Otra revisión | <input type="checkbox"/> Anual |
|-----------------------|-------------------------------|------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---|--|--------------------------------|

## Información del niño y de la familia

|  |  |                                   |  |   |   |   |   |
|--|--|-----------------------------------|--|---|---|---|---|
| Nombre del niño (primer nombre/ segundo nombre /apellido): |  |                                   |  |   |   |   |   |
| Fecha de nacimiento:                                       |  | Número de documento de identidad: |  | Número de Asistencia Médica:                |   |   |   |
| Dirección:   |  |                                   |  |   | Teléfono del hogar:                           |   |   |
| Nombre de los padres/tutores legales/ padres sustitutos:   |  |                                   |  |   |   |   |   |
| Dirección:   |  |                                   |  | Teléfono del hogar:                         |   |   |   |
| Dirección:   |  |                                   |  | Teléfono de oficina:                        |   |   |   |
| Dirección de correo electrónico:                           |  |                                   |  | Teléfono celular:                           |   |   |   |
| Mejor hora de contacto:                                    |  | Mejor forma de contacto:          |  | <input type="checkbox"/> Teléfono del hogar | <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo | <input type="checkbox"/> Teléfono celular | <input type="checkbox"/> Correo electrónico |

## Miembros del equipo del IFSP

Los miembros del equipo del IFSP que se nombran a continuación contribuyeron en la elaboración del presente documento:

|   |  |   |                |
|---|--|---|----------------|
| <i>Padres/tutores legales/padres sustitutos</i>                     |  | <i>Padres/tutores legales/padres sustitutos</i> |                |
| <i>Coordinador de Servicios</i>                                     |  | <i>Evaluador/asesor/proveedor de servicios</i>  |                |
| <i>Coord. de Servicios Provisional/Alternativo (si corresponde)</i> |  | <i>Evaluador/asesor/proveedor de servicios</i>  |                |
| <i>Representante de la agencia principal (si corresponde)</i>       |  | <i>Otros participantes, cargo</i>               | <i>Agencia</i> |

## Información del Coordinador de Servicios

Si tiene preguntas acerca de este IFSP o de cualquier otra persona que trabaja con su hijo y familia, contacte a su coordinador de servicios.

|                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| Nombre del Coordinador de Servicios: |                                  |
| Agencia:                             |                                  |
| Dirección:                           |                                  |
| Teléfono del trabajo:                | Dirección de correo electrónico: |

## Fechas estimadas de la reunión del IFSP

| Revisión semestral del IFSP | Revisión anual del IFSP | Reunión de Planificación de la Transición: |
|-----------------------------|-------------------------|--|
|                             |                         |  |

|  |                           |                             |                             |                              |                             |                             |                             |
|--|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Traducción a la lengua materna:</b> | ¿Se informó a los padres? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/A | ¿La solicitaron los padres? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|--|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

|                  |                                    |                               |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|

**PARTE I: INFORMACIÓN SOBRE EL DESARROLLO DE MI HIJO**  
**Sección A – Información sobre la salud**

**Salud general**

¿Cuál era la edad gestacional de su hijo al nacer? \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ días

¿Cuál fue el peso de su hijo al nacer? \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas 0 \_\_\_\_\_ gramos

¿Quién es su médico principal u otro profesional de cuidados de la salud? Teléfono:

**VACUNAS**

¿Las vacunas de su hijo están al día?  Sí  No  No estoy seguro  N/A

*Cerciórese de que la familia entienda las normas de la escuela en relación con las vacunas antes de que su hijo esté preparado para la transición hacia el programa para la primera infancia de la comunidad/la escuela.*

**DETECCIÓN/PRUEBAS DE PRESENCIA DE PLOMO**

¿Han examinado los niveles de plomo en la sangre de su hijo?  Sí  No Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuál fue el nivel? \_\_\_\_\_

¿Existe alguna preocupación acerca del nivel de plomo en la sangre de su hijo?  Sí  No Si la respuesta es **SÍ**, explique \_\_\_\_\_

**NUTRICIÓN**

¿Existe alguna preocupación acerca de la alimentación, la nutrición general o el crecimiento de su hijo?  Sí  No

Si la respuesta es **SÍ**, explique.

**PREOCUPACIONES ACERCA DE LA SALUD GENERAL**

*Considere el estado general de la salud de su hijo. ¿Existe algo relacionado con la salud de su hijo (equipo especial, alergias o cualquier otra información del estado físico o mental) que nuestro equipo deba conocer con el fin de planificar y ofrecer mejores servicios a su hijo y a su familia, incluyendo diagnósticos específicos?*

|                  |                                    |                               |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|

**PARTE I: INFORMACIÓN SOBRE EL DESARROLLO DE MI HIJO**  
**Sección B – Evaluación para elegibilidad**

**Estado de la evaluación:**  Elegibilidad inicial  Elegibilidad continuada

**Evaluación del desarrollo**

|   | Fecha de la evaluación (DD/MM/AAAA)     | Nombre del instrumento de evaluación  | Edad cronológica | Edad corregida (si corresponde) | Nivel de edad/ Rango de edad                            | Descripción cualitativa |  |
|---|---|---|------------------|---------------------------------|---|-------------------------|--|
| ÁREA COGNITIVA  |   |   |                  |                                 |   |                         |  |
| ÁREA COMUNICACIONAL                                     |   |   |                  |                                 |   |                         |  |
| ÁREA SOCIAL O EMOCIONAL                                 |   |   |                  |                                 |   |                         |  |
| ÁREA ADAPTATIVA   |   |   |                  |                                 |   |                         |  |
| <b>ASPECTOS FÍSICOS</b>                                 | Motricidad fina                         |   |                  |                                 |   |                         |  |
|   | Motricidad gruesa                       |   |                  |                                 |   |                         |  |
|   | Audición                                | ¿Su hijo aprobó la Prueba Auditiva Universal para Recién Nacidos?                       |                  |                                 |   |                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |
|   |   | ¿Su hijo ha asistido a consulta con el audiólogo para una evaluación auditiva completa? |                  |                                 |   |                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                              |
|   |   | ¿Existe alguna preocupación sobre la audición de su hijo?                               |                  |                                 |   |                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                              |
|   | Resultados de la Evaluación/Observación |   |                  |                                 |   |                         |  |
|   | Visión                                  | ¿Se ha examinado la visión de su hijo?  |                  |                                 |   |                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                              |
| ¿Existe alguna preocupación sobre la visión de su hijo? |   |   |                  |                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                         |  |
| Resultados de la Evaluación/Observación:                |   |   |                  |                                 |   |                         |  |

**Elegibilidad**

*Su hijo es elegible para recibir los servicios de intervención temprana, tomando como referencia los resultados del proceso de la Evaluación del desarrollo.*

*La elegibilidad se basa en la elección de la ÚNICA categoría que se marca abajo.*

**PRESENTA AL MENOS UN 25% DE RETRASO EN EL DESARROLLO**

Su hijo puede optar por los servicios de intervención temprana debido a que presenta al menos un 25% de retraso en una o más áreas del desarrollo.

**DESARROLLO O COMPORTAMIENTO ATÍPICO**

Su hijo puede optar por los servicios de intervención temprana debido a que muestra un desarrollo o comportamiento atípico en una o más áreas del desarrollo, el cual se deriva probablemente del retraso.

|                  |                                    |                               |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|

**AFECCIÓN FÍSICA O MENTAL DIAGNOSTICADA CON ALTA PROBABILIDAD DE RETRASO EN EL DESARROLLO**

Su hijo puede optar por los servicios de intervención temprana debido a que presenta una afección física o mental diagnosticada con una alta probabilidad de retraso en el desarrollo:

|                  |                                    |                               |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|

**PARTE II: ANTECEDENTES DE MI HIJO Y DE MI FAMILIA**  
**Sección A – Evaluación: rutinas, actividades y entornos naturales**

*La finalidad de los servicios de intervención temprana es apoyar la participación exitosa de su hijo en las actividades diarias dentro y fuera de casa que sean significativas para usted y su familia. Por consiguiente, es importante que comprenda las habilidades funcionales de su hijo en el marco de dichas actividades y entornos. Puede compartir tanta o tan poca información como desee.*

Evaluación del niño y de la familia (seleccione la evaluación utilizada):

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Entrevista basada en rutinas (Routines-Based Interview, RBI) Vaya a la Parte II, Sección B  |
| <input type="checkbox"/> | Escala de Evaluación del Disfrute Familiar en las Rutinas (Scale for Assessment of Family Enjoyment within Routines, SAFER) Vaya a la Parte II, Sección B |
| <input type="checkbox"/> | Sección de rutinas y actividades diarias del IFSP   |
| <input type="checkbox"/> | La familia declinó la evaluación a la familia   |

| <b>RUTINAS Y ACTIVIDADES DIARIAS</b> | <b>FECHA:</b> |
|--------------------------------------|---------------|
|--------------------------------------|---------------|

| Rutina/actividad   | ¿Qué sucede ahora, con quién y dónde?   | ¿Cómo va?   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Despertar                               | ¿Cómo interactúa y se relaciona su hijo con otras personas durante dicha actividad?   | <input type="checkbox"/> Va bien<br><br><input type="checkbox"/> Hay algunas preocupaciones<br><br><input type="checkbox"/> Hay muchísimas preocupaciones |
| <input type="checkbox"/> Vestirse                                |   |   |
| <input type="checkbox"/> Cambiar pañal/ir al baño                |   |   |
| <input type="checkbox"/> Comer/merendar                          |   |   |
| <input type="checkbox"/> Jugar                                   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Transiciones                            | ¿De qué tipos de comportamiento se vale su hijo para que se atiendan sus deseos y necesidades en esta actividad? ¿Qué tan independiente es él/ella? | ¿Qué le gustaría que fuera diferente?   |
| <input type="checkbox"/> Salidas                                 | ¿Cómo piensa que él/ella se compara con otros niños de su edad en esta actividad?   |   |
| <input type="checkbox"/> Tiempo en guardería                     |   |   |
| <input type="checkbox"/> Tiempo con familia, amigos, otros niños |   |   |
| <input type="checkbox"/> Hora de bañarse                         |   |   |
| <input type="checkbox"/> Hora de leer                            |   |   |
| <input type="checkbox"/> Siestas/hora de dormir                  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Otra:                                   |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |

| Rutina/actividad   | ¿Qué sucede ahora, con quién y dónde?   | ¿Cómo va?   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Despertar                               | ¿Cómo interactúa y se relaciona su hijo con otras personas durante dicha actividad?   | <input type="checkbox"/> Va bien<br><br><input type="checkbox"/> Hay algunas preocupaciones<br><br><input type="checkbox"/> Hay muchísimas preocupaciones |
| <input type="checkbox"/> Vestirse                                |   |   |
| <input type="checkbox"/> Cambiar pañal/ir al baño                |   |   |
| <input type="checkbox"/> Comer/merendar                          |   |   |
| <input type="checkbox"/> Jugar                                   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Transiciones                            | ¿De qué tipos de comportamiento se vale su hijo para que se atiendan sus deseos y necesidades en esta actividad? ¿Qué tan independiente es? | ¿Qué le gustaría que fuera diferente?   |
| <input type="checkbox"/> Salidas                                 | ¿Cómo piensa que su hijo se compara con otros niños de su edad en esta actividad?   |   |
| <input type="checkbox"/> Tiempo en guardería                     |   |   |
| <input type="checkbox"/> Tiempo con familia, amigos, otros niños |   |   |
| <input type="checkbox"/> Hora de bañarse                         |   |   |
| <input type="checkbox"/> Hora de leer                            |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |

|                  |  |                                    |  |                               |  |
|------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Nombre del niño: |  | Número del documento de identidad: |  | Fecha de la reunión del IFSP: |  |
|------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Siestas/hora de dormir |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otra:                  |  |  |
|   |  |  |

|                  |                                    |                               |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|

**PARTE II: ANTECEDENTES DE MI HIJO Y DE MI FAMILIA**

**Sección B – Evaluación: recursos, prioridades y preocupaciones de mi familia**

*Una de las metas de la intervención temprana es permitir que las familias cuiden a su hijo y tengan los recursos que necesitan para participar en las actividades familiares y comunitarias que deseen, lo que incluye la capacidad de describir las capacidades y dificultades de su hijo y ayudarlo a desarrollarse y crecer.*

|  |   |
|--|---|
| <b>Recursos de la familia</b>  | Recursos de apoyo con los que mi hijo/familia cuenta, que incluyen personas, actividades, programas/organizaciones. |
| ¿Quién vive en casa con ustedes? ¿Quién mantiene a su familia? Puede incluirse a abuelos, tías, tíos, amigos, grupos/organizaciones (lugares de cuidado infantil, Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños [Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC], grupos de padres, visitantes en casa), médicos, enfermeros, etc. |   |
|  |   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Prioridades de la familia</b>  | Esperanzas y sueños que tengo para mi hijo. Las cosas que son más importantes para mi hijo o familia en este momento. |
| En general, ¿cuáles son las fortalezas, habilidades e intereses de su hijo? ¿Cuáles son sus prioridades para con su hijo y familia en función de la conversación sobre sus actividades y rutinas diarias? |   |
|   |   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Preocupaciones de la familia</b>                            | Preocupaciones que tengo acerca de la salud y el desarrollo de mi hijo. Información, recursos y apoyos que necesito o quiero para mi hijo o familia. |
| ¿Qué le preocupa? ¿Qué le gustaría cambiar si pudiera hacerlo? |  |
|  |  |

**Vínculos con la comunidad:** seleccione los vínculos de servicios o recursos sobre los que su familia desearía tener más información:

- Lugares en los que mi hijo pueda jugar con otros niños de la comunidad
- Centro de cuidado infantil (guardería)
- Centro Judy
- Vínculos o recursos relacionados con el vestirse, la alimentación, etc.
- Red de Apoyo a la Familia/Preschool Partners
- Asistencia de vivienda
- Atención médica, salud mental o seguro de salud
- Diagnóstico o discapacidad de mi hijo
- Hablar con otros padres
- Apoyo, capacitación y representación para padres
- Otro:

|                  |                                    |                               |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|

**PARTE II: ANTECEDENTES DE MI HIJO Y DE MI FAMILIA**

**Sección C – Resumen de la evaluación: niveles actuales del desarrollo funcional**

*Durante la evaluación para el proceso de elegibilidad, observamos el desarrollo de su hijo en cinco áreas. Durante el proceso de evaluación del niño y de la familia, reunimos información acerca de las capacidades funcionales de su hijo en las actividades y rutinas diarias. Las capacidades funcionales de los niños se superponen a las áreas de desarrollo, de modo que las combinamos y resumimos todas las capacidades funcionales, fortalezas y necesidades en tres áreas de resultados funcionales. El presente es el resumen de lo que hemos descubierto de forma que nuestro plan se ajuste bien a las fortalezas de desarrollo e intereses de su hijo. Las fuentes de información pueden incluir las conversaciones que sostuvimos con usted, las observaciones sobre su hijo durante sus rutinas diarias, las evaluaciones para elegibilidad, las actividades de evaluación del niño y de la familia y los informes independientes.*

*Además, consideraremos juntos e identificaremos cómo la funcionalidad de su hijo en estas tres áreas se compara con la de otros niños de su edad. Esto permite que lo ayudemos a apoyar el desarrollo de su hijo y su participación en las actividades diarias Y nos permite entender cómo se benefician los niños de su participación en el Programa de Infantes y Niños del Estado de Maryland.*

Además de la Evaluación para elegibilidad (Parte I, Sección B) y la Evaluación del Niño y de la Familia (Parte II, Secciones A y B), indique cualquier evaluación adicional, y la fecha en que esta se llevó a cabo, que se haya usado para elaborar este resumen:

|                   |       |  |
|-------------------|-------|--|
| Evaluación: _____ | Fecha |  |
|                   | :     |  |
|                   | Fecha |  |
| Evaluación: _____ | :     |  |

**Nota:** Las fortalezas y necesidades en todas las áreas del desarrollo, entre ellas, cognitiva, comunicacional (comunicación expresiva y receptiva), social y emocional, adaptativa/cuidado personal, motricidad gruesa y motricidad fina, deben tratarse funcionalmente dentro del contexto del:

***Desarrollo de capacidades y relaciones sociales positivas, adquisición y uso de conocimientos y destrezas, y uso de comportamientos adecuados para satisfacer necesidades.***

**Desarrollo de capacidades y relaciones sociales positivas:**  
 Se trata de cómo los niños se relacionan con aquellos que los rodean (sus padres, cuidadores, hermanos y hermanas, y otros niños pequeños). Esto incluye muchas destrezas diversas, como comunicarse, mostrar emociones de forma adecuada y controlar su propio comportamiento. Las relaciones sociales positivas también exigen que los niños pequeños sigan las reglas sobre cómo interactuar, como por ejemplo, esperar su turno para compartir.

|  |  |   |   |  |  |  |
|--|--|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Las destrezas del niño se parecen a las de un niño mucho más pequeño. Exhibe destrezas muy tempranas, pero todavía no muestra destrezas fundamentales inmediatas ni las esperadas para | Las destrezas del niño se parecen a las de un niño mucho más pequeño. Tiene algunas destrezas incipientes o fundamentales inmediatas que lo ayudarán a desarrollar las destrezas adecuadas en esta área. | Las destrezas del niño se parecen a las de un niño mucho más pequeño. Todavía no usa destrezas esperadas para su edad; sin embargo, usa muchas destrezas importantes y fundamentales inmediatas que | El niño demuestra un uso ocasional de algunas destrezas esperadas para su edad, pero la mayoría de sus destrezas todavía no son las que se esperan para su edad en esta área. Todavía exhibe destrezas que son como las de un | El niño demuestra muchas destrezas esperadas para su edad, pero todavía exhibe algunas funcionalidades que podrían describirse como las de un niño un poco | El niño tiene las destrezas que se esperarían para su edad en esta área: sin embargo, existen aspectos preocupantes. | El niño tiene todas las destrezas que se esperarían para su edad en esta área. |

|  |                                    |                               |  |
|--|------------------------------------|-------------------------------|--|
| Nombre del niño:   | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |  |
| su edad en esta área.  | debe desarrollar en esta área.     | niño más pequeño.             | más pequeño en esta área.                                |
| ¿El niño ha mostrado alguna destreza o comportamiento nuevo relacionado con esta área desde el último resumen? |                                    | <input type="checkbox"/> Sí   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A |

**PARTE II: ANTECEDENTES DE MI HIJO Y DE MI FAMILIA**

**Sección C – Resumen de la evaluación: niveles actuales de desarrollo funcional (continuación)**

**Adquisición y uso de destrezas y conocimientos:** *se trata de las destrezas de pensamiento, aprendizaje, memorización y resolución de problemas que los niños adquieren sobre su mundo como por ejemplo conceptos de más y menos, colores y formas geométricas, cuentos y libros, y el uso de este conocimiento para participar en las actividades diarias. Trata del aprendizaje temprano y de cómo los niños llegan a entender su mundo y a adquirir las destrezas que necesitan para tener éxito en la escuela y más allá.*

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Las destrezas del niño se parecen a las de un niño mucho más pequeño. Exhibe destrezas muy tempranas, pero todavía no muestra destrezas fundamentales inmediatas ni las esperadas para su edad en esta área. | Las destrezas del niño se parecen a las de un niño mucho más pequeño. Tiene algunas destrezas incipientes o fundamentales inmediatas que lo ayudarán a desarrollar las destrezas adecuadas en esta área. | Las destrezas del niño se parecen a las de un niño mucho más pequeño. Todavía no usa destrezas esperadas para su edad; sin embargo, usa muchas destrezas importantes y fundamentales inmediatas que debe desarrollar en esta área. | El niño demuestra un uso ocasional de algunas destrezas esperadas para su edad, pero la mayoría de sus destrezas todavía no son las que se esperan para su edad en esta área. Todavía exhibe destrezas que son como la de un niño más pequeño. | El niño demuestra muchas destrezas esperadas para su edad, pero todavía exhibe algunas funcionalidades que podrían describirse como las de un niño un poco más pequeño en esta área. | El niño tiene las destrezas que se esperarían para su edad en esta área: sin embargo, existen aspectos preocupantes. | El niño tiene todas las destrezas que se esperarían para su edad en esta área. |
| ¿El niño ha mostrado alguna destreza o comportamiento nuevo relacionado con esta área desde el último resumen?   |  |  |  | <input type="checkbox"/> Sí  | <input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> N/A   |

**Uso de comportamientos adecuados para satisfacer necesidades:** *se trata de que los niños sean capaces de cuidarse y usar formas adecuadas para obtener lo que necesitan y desean. Incluye actividades diarias, como alimentarse, vestirse, jugar con juguetes, tomar decisiones y desplazarse de un lugar a otro, así como el modo en que responden ante dificultades o retrasos para obtener lo que desean. También se trata de que los niños sean conscientes de situaciones que puedan ser peligrosas y respondan ante estas situaciones. Por último, se concentra en el surgimiento de la independencia.*

|                  |  |                                    |  |                               |  |
|------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Nombre del niño: |  | Número del documento de identidad: |  | Fecha de la reunión del IFSP: |  |
|------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|

|  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/><br>Las destrezas del niño se parecen a las de un niño mucho más pequeño. Exhibe destrezas muy tempranas, pero todavía no muestra destrezas fundamentales inmediatas ni las esperadas para su edad en esta área. | <input type="checkbox"/><br>Las destrezas del niño se parecen a las de un niño mucho más pequeño. Tiene algunas destrezas incipientes o fundamentales inmediatas que lo ayudarán a desarrollar las destrezas adecuadas en esta área. | <input type="checkbox"/><br>Las destrezas del niño se parecen a las de un niño mucho más pequeño. Todavía no usa destrezas esperadas para su edad; sin embargo, usa muchas destrezas importantes y fundamentales inmediatas que debe desarrollar en esta área. | <input type="checkbox"/><br>El niño demuestra un uso ocasional de algunas destrezas esperadas para su edad, pero la mayoría de sus destrezas todavía no son las que se esperan para su edad en esta área. Todavía exhibe destrezas que son como las de un niño más pequeño. | <input type="checkbox"/><br>El niño demuestra muchas destrezas esperadas para su edad, pero todavía exhibe algunas funcionalidades que podrían describirse como las de un niño un poco más pequeño en esta área. | <input type="checkbox"/><br>El niño tiene las destrezas que se esperarían para su edad en esta área: sin embargo, existen aspectos preocupantes. | <input type="checkbox"/><br>El niño tiene todas las destrezas que se esperarían para su edad en esta área. |
| ¿El niño ha mostrado alguna destreza o comportamiento nuevo relacionado con esta área desde el último resumen?   |  |  |   | <input type="checkbox"/> Sí  | <input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> N/A   |

|                  |                                    |                               |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|

**PARTE III: RESULTADOS DE MI HIJO Y DE MI FAMILIA**

**Resultados del Niño y de la Familia**

*Esta información le permitirá apoyar la participación de su hijo en sus actividades y rutinas diarias en función de sus prioridades para con su aprendizaje y desarrollo. Las actividades en las que se concentra se usan para medir el progreso de su hijo, pero no serán las únicas en las que trabajará con su equipo.*

*El Programa para Infantes y Niños apoya a los adultos que interactúan con su hijo de forma habitual. ¿Cómo aprenden mejor (al leer, hacer, escuchar, observar) los adultos en la vida de su hijo?*

**RESULTADO N.º** Los resultados son funcionales, medibles y están contextualizados en las actividades y rutinas diarias.

|   |   |
|---|---|
| ¿Qué nos gustaría que ocurriera en nuestra actividad o rutina diaria? | ¿Cómo sabremos que lo logramos? ¿Para cuándo? |
|   |   |

**ESTRATEGIAS**

¿Qué sucede en la actualidad para abordar este resultado? ¿Cuáles son algunas de las estrategias iniciales para comenzar y para proseguir?

**Conjuntamente con usted, se desarrollarán estrategias adicionales y en curso relativas a este resultado durante las consultas de intervención temprana.**

*Este resultado del IFSP aborda:*

- El desarrollo de relaciones sociales positivas por parte de su hijo
- La adquisición y el uso de conocimiento y destrezas por parte de su hijo
- El uso de comportamientos adecuados por parte de su hijo para satisfacer sus necesidades
- Resultado de la familia

|   |                                   |                                     |  |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <b>RESULTADOS EDUCATIVOS ABORDADOS (se requieren a partir de la edad de 3 años)</b> | <input type="checkbox"/> Lenguaje | <input type="checkbox"/> Numeración | <input type="checkbox"/> Prealfabetización |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|

**REVISIÓN DEL PROGRESO DEL RESULTADO**

|  |         |        |             |              |
|--|---------|--------|-------------|--------------|
| <b>Códigos de revisión: <i>seleccione el código que mejor corresponda.</i></b><br>1- Alcanzado: <i>¡lo logramos!</i><br>2- En proceso: <i>estamos progresando.</i><br>3- Necesita modificación: <i>hagamos algunos ajustes.</i><br>a. <i>Corregir resultado</i><br>b. <i>Cambiar el servicio</i> | Código: | Fecha: | Iniciales : | Comentarios: |
|  |         |        |             |              |

|                  |                                    |                               |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|

c. Otro: \_\_\_\_\_

4- Ya no es necesario: *concentremos el esfuerzo en otro lado.*

5- Pospuesto

**PARTE IV: NUESTROS APOYOS Y SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA**

**Resumen de los servicios de intervención temprana**

*Los apoyos y servicios se determinan al seguir el desarrollo de los resultados funcionales del IFSP. Tienen la función de mejorar la capacidad que tienen las familias de apoyar el aprendizaje y el desarrollo de su hijo con la participación funcional en actividades familiares y comunitarias. Cada agencia o persona que juegue un papel directo en la prestación de los servicios de intervención temprana se responsabiliza por apoyar a la familia en el logro de los resultados de este IFSP.*

| PROVEEDOR DE SERVICIOS PRINCIPAL          | COORDINADOR DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA | SERVICIO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA | INTENSIDAD   | FRECUENCIA                      |                 |                           | ENTORNO DE SERVICIO   | DURACIÓN                   |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|---------------------------------|-----------------|---------------------------|---|----------------------------|----------------------------------|
|   |  |                                   | <input type="checkbox"/> Individual<br><input type="checkbox"/> Grupal | ¿Con qué frecuencia?            | N.º de sesiones | N.º de minutos por sesión | <input type="checkbox"/> Hogar<br><input type="checkbox"/> Comunidad<br><input type="checkbox"/> Otro*<br>*Justificar | Fecha de inicio programada | Fecha de finalización programada |
| <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                 |                                   | <input type="checkbox"/> Individual<br><input type="checkbox"/> Grupal |                                 |                 |                           | <input type="checkbox"/> Hogar<br><input type="checkbox"/> Comunidad<br><input type="checkbox"/> Otro*<br>*Justificar |                            |                                  |
| <b>NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS:</b> |  |                                   |  | <b>INFORMACIÓN DE CONTACTO:</b> |                 |                           |   |                            |                                  |
| <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                 |                                   | <input type="checkbox"/> Individual<br><input type="checkbox"/> Grupal |                                 |                 |                           | <input type="checkbox"/> Hogar<br><input type="checkbox"/> Comunidad<br><input type="checkbox"/> Otro*<br>*Justificar |                            |                                  |
| <b>NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS:</b> |  |                                   |  | <b>INFORMACIÓN DE CONTACTO:</b> |                 |                           |   |                            |                                  |
| <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                 |                                   | <input type="checkbox"/> Individual<br><input type="checkbox"/> Grupal |                                 |                 |                           | <input type="checkbox"/> Hogar<br><input type="checkbox"/> Comunidad<br><input type="checkbox"/> Otro*<br>*Justificar |                            |                                  |
| <b>NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS:</b> |  |                                   |  | <b>INFORMACIÓN DE CONTACTO:</b> |                 |                           |   |                            |                                  |
| <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                 |                                   | <input type="checkbox"/> Individual<br><input type="checkbox"/> Grupal |                                 |                 |                           | <input type="checkbox"/> Hogar<br><input type="checkbox"/> Comunidad<br><input type="checkbox"/> Otro*<br>*Justificar |                            |                                  |
| <b>NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS:</b> |  |                                   |  | <b>INFORMACIÓN DE CONTACTO:</b> |                 |                           |   |                            |                                  |
| <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                 |                                   | <input type="checkbox"/> Individual<br><input type="checkbox"/> Grupal |                                 |                 |                           | <input type="checkbox"/> Hogar<br><input type="checkbox"/> Comunidad<br><input type="checkbox"/> Otro*<br>*Justificar |                            |                                  |
| <b>NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS:</b> |  |                                   |  | <b>INFORMACIÓN DE CONTACTO:</b> |                 |                           |   |                            |                                  |

**Discusión de la prestación de servicios de intervención:**

|                  |  |                                    |  |                               |  |
|------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Nombre del niño: |  | Número del documento de identidad: |  | Fecha de la reunión del IFSP: |  |
|------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|

---

\*De no prestarse un servicio de intervención temprana, ¿cuál es la **justificación** para la decisión del equipo del IFSP de que los resultados no pueden alcanzarse en el entorno natural?

**SERVICIOS PARA NIÑOS CIEGOS/CON DISCAPACIDAD VISUAL O SORDOS/CON DISCAPACIDAD AUDITIVA**

|  |                             |                             |                              |
|--|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ¿Se entregó a los padres información relacionada con la Escuela para Ciegos de Maryland? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/A |
| ¿Se entregó a los padres información relacionada con la Escuela para Sordos de Maryland? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/A |

|                  |                                    |                               |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|

**PARTE V: PLANIFICACIÓN DE LA TRANSICIÓN DE MI HIJO**  
**Sección A – Identificar transiciones**

*Las transiciones se producen durante la participación de una familia en servicios de intervención temprana. Algunas son informales, como, por ejemplo, la transición hacia el hogar después de haber estado en el hospital, hacia un nuevo proveedor de servicios del niño o cuando unos de los padres comienza en un empleo nuevo. Las transiciones también incluyen salir de los servicios de intervención temprana y hacia otro programa de la comunidad o de la escuela. Su equipo del IFSP puede ayudarlo a planificar transiciones de todos los tipos sin problemas.*

**TRANSICIONES IDENTIFICADAS:**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Transición antes de los 3 años de edad</b> | <b>Continúe en NOTAS Y FUTUROS PASOS PARA PLANIFICAR LA TRANSICIÓN</b> |
|--|--|

**Transición a la edad de 3 años**

|   |   |
|---|---|
| <b>FECHA DE LA REUNIÓN PARA PLANIFICAR LA TRANSICIÓN (debe ser antes de los 33 meses de edad):</b>  |   |
| Si la reunión de Planificación se celebra <b>después de que el niño ha cumplido los 33 meses de edad</b> , seleccione las respuestas a continuación que expliquen la situación. <b>(Marcar solo una).</b>   | Si la reunión de Planificación no se celebró antes de que el niño haya cumplido los 3 años de edad, seleccione las respuestas a continuación que expliquen la situación. <b>(Marcar solo una).</b>  |
| <input type="checkbox"/> Los intentos de contactar a la familia fracasaron<br><input type="checkbox"/> El niño fue referido con 31.5 meses de edad o mayor<br><input type="checkbox"/> La familia decidió cambiar o retrasar la reunión<br><input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Los intentos de contactar a la familia fracasaron<br><input type="checkbox"/> El niño fue referido con 34.5 meses de edad o mayor<br><input type="checkbox"/> La familia decidió no participar en la reunión<br><input type="checkbox"/> Otro: |

**CONSIDERACIÓN PARA LA ELEGIBILIDAD DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL PREESCOLAR Y SERVICIOS RELACIONADOS (PARTE B)**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Los padres desean considerar la parte B de elegibilidad<br><input type="checkbox"/> Los padres <b>no</b> desean considerar la parte B de elegibilidad |
|--|

**RESULTADOS DE LA REUNIÓN INICIAL DE DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD (PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL)**

**PERSONAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL:** llene esta sección y envíe a la parte C de Ingreso de Datos **seguido inmediatamente** por la reunión inicial de determinación de elegibilidad del Programa de Educación Individualizada. *Marque el estado que indique los resultados de la reunión inicial de determinación de elegibilidad del Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP).*

El niño fue determinado **ELEGIBLE** para los servicios continuos a través de un IFSP o educación especial preescolar y servicios relacionados a través de un IEP.  
 El niño fue determinado **INELEGIBLE** para los servicios continuos a través de un IFSP o educación especial preescolar y servicios relacionados a través de un IEP.

**Continúe en NOTAS Y FUTUROS PASOS PARA PLANIFICAR LA TRANSICIÓN**

**Transición después de los 3 años**

|  |  |
|--|--|
| <b>FECHA DE LA REUNIÓN PARA PLANIFICAR LA TRANSICIÓN:</b>  |  |
| Si la reunión de Planificación se celebra <b>más de 90 días después de que el niño deja de ser elegible</b> , seleccione las respuestas a continuación que expliquen la situación. <b>(Marcar solo una).</b> | Si la reunión de Planificación <b>no se celebró en lo absoluto antes de que el niño dejara de ser elegible</b> , seleccione las respuestas a continuación que expliquen la situación. <b>(Marcar solo una).</b>  |
| <input type="checkbox"/> Los intentos de contactar a la familia fracasaron<br><input type="checkbox"/> La familia decidió cambiar o retrasar la reunión  | <input type="checkbox"/> Los intentos de contactar a la familia fracasaron<br><input type="checkbox"/> La familia eligió los servicios del IEP antes del plazo de los 90 días<br><input type="checkbox"/> La familia decidió no participar en la reunión |

|                  |  |                                    |  |                               |  |
|------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Nombre del niño: |  | Número del documento de identidad: |  | Fecha de la reunión del IFSP: |  |
|------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|



|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Otro: |
|--------------------------------|--------------------------------|

**CONSIDERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y RELACIONADOS (PARTE B)**

**Antes del comienzo del año escolar que sigue al 4.º cumpleaños del niño:**

- Los padres desean considerar los servicios de educación especial preescolar y servicios relacionados a través de un IEP.
- Los padres **no** desean considerar los servicios de educación especial preescolar y servicios relacionados a través de un IEP.

**Al comienzo del año escolar que sigue al 4.º cumpleaños del niño:**

- Los padres desean considerar los servicios de educación especial preescolar y servicios relacionados a través de un IEP.
- Los padres **no** desean considerar los servicios de educación especial preescolar y servicios relacionados a través de un IEP.

**Continúe en NOTAS Y FUTUROS PASOS PARA PLANIFICAR LA TRANSICIÓN**

|                  |                                    |                               |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|

**PARTE V: PLANIFICACIÓN DE LA TRANSICIÓN DE MI HIJO**

**Sección B – Planificación de la transición**

**Notas y futuros pasos para planificar la transición**

**SERVICIOS DE LA COMUNIDAD**

¿La familia está siendo referida a los servicios de la comunidad?  Sí  No **Si es SÍ, marque los servicios que correspondan.**

| Desarrollo/Medicina/Salud   | Cuidado/enriquecimiento del niño  | Apoyo familiar   |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia del desarrollo (diferentes de la parte C y B)<br><input type="checkbox"/> Equipo/Aparatos<br><input type="checkbox"/> Cuidado de salud en el hogar<br><input type="checkbox"/> Vacunas<br><input type="checkbox"/> Servicios de salud mental<br><input type="checkbox"/> Cuidados primarios de salud<br><input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) | <input type="checkbox"/> Campamentos<br><input type="checkbox"/> Even Start<br><input type="checkbox"/> Cuidado diurno familiar<br><input type="checkbox"/> Atención de niños en grupo<br><input type="checkbox"/> Head Start<br><input type="checkbox"/> Instrucción de Padres de Jóvenes en Preescolar (Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters, HIPPPY)<br><input type="checkbox"/> Centro Judy<br><input type="checkbox"/> Programa de juegos<br><input type="checkbox"/> Programa preescolar<br><input type="checkbox"/> Privado<br><input type="checkbox"/> Público<br><input type="checkbox"/> Programa de recreación | <input type="checkbox"/> Centro de apoyo familiar<br><input type="checkbox"/> Red de Apoyo Familiar /Preschool Partners<br><input type="checkbox"/> Programa de visita al hogar (especifique):<br>_____<br><input type="checkbox"/> Educación para padres<br><input type="checkbox"/> Grupo de apoyo<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|   |   | Otros servicios de la comunidad  |
|   |   |  |

**NOTAS Y FUTUROS PASOS DE LA REUNIÓN DE PLANIFICACIÓN DE TRANSICIÓN**

| Actividades | Plazos | Personas responsables |
|-------------|--------|-----------------------|
|             |        |                       |

|                  |                                    |                               |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|

## PARTE VI: CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES (a los tres años o antes)

### **Elección familiar: Consentimiento para la continuación o solicitud de culminación de los servicios del IFSP**

## Las familias tienen una opción

- Yo/nosotros he/hemos recibido una copia de la Notificación Anual, "Guía familiar para los próximos pasos cuando su hijo en servicios de intervención temprana cumpla 3 años. Las familias tienen una opción".
- Me/nos informaron sobre las diferencias entre los servicios de intervención temprana ofrecidos a través de un Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP) de conformidad con la Ley para la Educación de Personas con Discapacidad (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) y los servicios de educación especial preescolar ofrecidos a través de un Programa de Educación Individualizada (IEP) en virtud de la ley IDEA.
- Entiendo/entendemos que mi/nuestro hijo tiene un IFSP vigente y que es apto para la educación especial preescolar por ser un niño con una discapacidad, tal como se estipula en la ley IDEA.
- Me/nos informaron de mi/nuestro derecho de elegir entre la Opción del IFSP para continuar recibiendo los servicios de intervención temprana a través de un IFSP o para iniciar los servicios de educación especial preescolar a través de un IEP.
- Entiendo/entendemos que si elijo/elegimos que mi/nuestro hijo reciba los servicios a través de un IEP y terminamos los servicios del IFSP, mi/nuestro hijo y mi familia ya no serán elegibles a través de un IFSP.
- Entiendo/entendemos que si elijo/elegimos que mi/nuestro hijo reciba los servicios a través de un IFSP, en cualquier momento puedo/podemos terminar la participación en los servicios de intervención temprana a través de un IFSP y optar por iniciar los servicios de educación especial preescolar a través de un IEP.
- Entiendo/entendemos que la agencia principal local debe continuar ofreciendo los servicios del IFSP bajo la Opción del IFSP Extendido hasta la fecha en que comiencen los servicios a través de un IEP. Sin embargo, si yo/nosotros elijo/elegimos la opción del IEP, pero declinamos la educación especial y los servicios relacionados que se ofrecen en el IEP y que desarrolla el equipo del IEP, yo/nosotros entiendo/entendemos que los servicios del IFSP culminarán.
- Entiendo/entendemos que mi/nuestro consentimiento para continuar los servicios del IFSP es voluntario y que yo/nosotros puedo/podemos revocar el consentimiento en cualquier momento.

## ELECCIÓN DE LA FAMILIA

Marque **UNA** casilla.

- Yo/nosotros consiento/consentimos la **continuación** de los servicios de intervención temprana para mi/nuestro hijo y familia a través de un IFSP después del tercer cumpleaños de mi/nuestro hijo.
- Yo/nosotros solicito/solicitamos la **culminación** de los servicios de intervención temprana para mi/nuestro hijo y familia a través de un IFSP a la edad de 3 años.

**Firma de los padres/tutores legales/padres sustitutos**

**Fecha**

|                  |  |                                    |  |                               |  |
|------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Nombre del niño: |  | Número del documento de identidad: |  | Fecha de la reunión del IFSP: |  |
|------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|



---

***Firma de los padres/tutores legales/padres sustitutos***

***Fecha***

|                  |                                    |                               |  |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |  |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|

**PARTE VII: AUTORIZACIONES**

**Sección A – Consentimiento de conformidad con la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA)**

**Autorizaciones**

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES, TUTORES LEGALES O PADRES SUSTITUTOS**

- Yo/nosotros tuve/tuvimos la oportunidad de participar en el desarrollo de este Plan de Servicio Individualizado para la Familia (IFSP) y fui/fuimos notificados de la reunión del IFSP con suficiente antelación.
- Me/nos informaron mis/nuestros derechos como padres conforme a este programa mediante la recepción del *Derechos de los padres: Aviso de salvaguardas de procedimientos en Maryland (Parental Rights: Maryland Procedural Safeguards Notice)* y de la guía familiar sobre el sistema de intervención temprana de Maryland.
- Los servicios de intervención temprana se prestarán como se describe en el IFSP. Entiendo/entendemos que el IFSP se revisará al menos cada seis (6) meses.
- Entiendo/entendemos que mi/nuestro consentimiento es voluntario y que puedo/podemos revocarlo en cualquier momento.
- Entiendo/entendemos que la información no se divulgará sin mi/nuestro consentimiento escrito y firmado, salvo en virtud de las disposiciones de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA). Esta ley permite la divulgación de la información de intervención temprana a las agencias que participan en el sistema de intervención temprana.
- Entiendo/entendemos que la agencia pública enviará información a través de una base de datos a nivel estatal. Esta base de datos será utilizada por el Departamento de Educación del Estado de Maryland (Maryland State Department of Education, MSDE) y otras agencias del Estado, según corresponda, para permitir la financiación de los programas.
- Me/nos notificaron en mi/nuestra lengua materna u otro modo de comunicación las decisiones tomadas por el equipo del IFSP.
- El presente plan refleja los resultados que son importantes para mi/nuestro hijo y familia.
- Entiendo/entendemos el presente plan y mis/nuestros derechos como padre/padres y autorizo/autorizamos la implementación del presente IFSP.

**Firma de los padres/tutores legales/padres sustitutos**

**Fecha**

|                  |                                    |                               |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|

## PARTE VII: AUTORIZACIONES

### Sección B – Consentimiento de Asistencia Médica (MA)

# Autorizaciones

## CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES, TUTORES LEGALES O PADRES SUSTITUTOS

El consentimiento de los padres debe obtenerse antes de que las agencias proveedoras revelen, para fines de cobranza, la información de identificación personal del niño al Departamento de Salud de Maryland (Maryland Department of Health, MDH), agencia del estado responsable de la administración del Programa de Asistencia Médica (Medical Assistance, MA), conforme a la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) y a la Ley para la Educación de Individuos con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA). Al otorgar este consentimiento, usted manifiesta que entiende y acepta por escrito que la agencia pública podrá tener acceso a la información de Medicaid de su hijo para pagar los servicios que se le presten.

### Para poder prestar los servicios de intervención temprana a su hijo, la agencia no puede:

- Exigirle que se registre o inscriba en el Programa de Asistencia Médica (MA) del estado para que su hijo pueda recibir los servicios de conformidad con la ley IDEA;
- Exigirle que incurra en gastos de su propio bolsillo, tales como el pago de un monto deducible o de copago al presentar un reclamo de servicios;
- Hacer uso de los beneficios del Programa de Asistencia Médica de su hijo, cuando tal uso implique:
  - La disminución de cobertura de por vida disponible o de otro beneficio asegurado;
  - Que su familia deba pagar por los servicios que de otra forma estarían cubiertos por la Asistencia Médica y los cuales son necesarios para su hijo fuera del horario escolar;
  - El incremento de la prima o que conlleve a la suspensión de los beneficios o pólizas de seguros; o
  - Riesgo de pérdida de la elegibilidad para las exenciones dentro y fuera de casa, en función de los gastos de salud acumulados.

Usted tiene derecho a revocar en cualquier momento su consentimiento de revelar información de identificación personal al Programa de Asistencia Médica del estado. El retiro del consentimiento a la agencia proveedora para revelar la información de identificación personal de su hijo no exime a la agencia proveedora de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos sean prestados a su hijo de manera gratuita para los padres.

¿El niño es elegible para MA?  Sí  No **Número de MA:**

- Acepto la Gestión de Caso de los Servicios de Intervención Temprana y que el/los Coordinador/es de Servicios identificado/s en este IFSP sea/n designado/s como Coordinador/es de Servicios de MA (COMAR 10.09.40). Entiendo que soy libre de escoger un Coordinador de Servicios de MA para mi hijo. En este momento, acepto al/los siguiente/s Coordinador/es de Servicios:

**Nombre del Coordinador de Servicios de MA:**

**Nombre del Coordinador de Servicios de MA:**

- Entiendo que si en el futuro deseo cambiar de Coordinador de Servicios de MA, puedo llamar al programa de intervención temprana para hacer el cambio.
- Entiendo que el propósito de este servicio es asistir en la obtención de acceso a los servicios médicos, sociales, educativos y otros servicios necesarios.
- Doy mi consentimiento a la agencia proveedora para revelar la información de identificación personal de mi hijo al Programa de Asistencia Médica del estado a fin de tener acceso a los beneficios de la Asistencia Médica.
- Autorizo a la agencia proveedora para recuperar los gastos de Medicaid por la coordinación de servicios, así como los servicios de salud relacionados con la implementación de los objetivos del IFSP de mi hijo.
- Entiendo que si me rehúso a permitir el acceso de la agencia proveedora a los fondos de MA, esto no la exime de la responsabilidad de garantizar que todos los servicios sean prestados a mi hijo sin costo para los padres.
- Entiendo que este servicio no restringe ni de otra forma afecta la elegibilidad de mi hijo para otros beneficios de MA. Asimismo, entiendo que mi hijo no puede recibir un tipo de gestión de caso similar en el programa de Asistencia Médica si califica para recibir más de un tipo de servicio.

|                  |  |                                    |  |                               |  |
|------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Nombre del niño: |  | Número del documento de identidad: |  | Fecha de la reunión del IFSP: |  |
|------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|



*Firma de los padres/tutores legales/padres sustitutos*

*Fecha*

|                  |                                    |                               |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|

**Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP)**

**Documento de aviso previo**

| <b>MOTIVO DE LA REUNIÓN</b>   | <b>MEDIDAS PROPUESTAS O RECHAZADAS</b>  | <b>MOTIVOS DEL ESTADO INACTIVO</b><br>(seleccione <b>uno</b> )   |
|---|---|--|
| (Marque <b>todo</b> lo que corresponda)   | (Seleccione <b>una</b> para <b>continuar, modificar</b> o <b>finalizar</b> el IFSP)   | <b>FECHA DE INACTIVIDAD:</b>   |
| <input type="checkbox"/> Provisional<br><input type="checkbox"/> IFSP inicial<br><input type="checkbox"/> Revisión semestral<br><input type="checkbox"/> Otra revisión<br><input type="checkbox"/> Revisión anual | <input type="checkbox"/> Comenzar el IFSP<br><input type="checkbox"/> Continuar el IFSP<br><input type="checkbox"/> Modificar el IFSP (seleccione <b>todas</b> las opciones que correspondan)<br><input type="checkbox"/> Agregar servicio<br><input type="checkbox"/> Agregar servicio<br><input type="checkbox"/> Modificar servicio<br><input type="checkbox"/> Cesar servicio<br><input type="checkbox"/> Agregar/modificar resultados<br><input type="checkbox"/> Planificar la transición: <i>a los 3 años</i><br><input type="checkbox"/> Planificar la transición: <i>después de los 3 años</i><br><input type="checkbox"/> Finalizar el IFSP (si selecciona esta opción, complete la sección " <b>MOTIVOS DEL ESTADO INACTIVO</b> ") | <input type="checkbox"/> Se determinó que el niño es inelegible: <i>solo en la prueba de detección</i> (desde el nacimiento hasta los 3 años)<br><input type="checkbox"/> Se determinó que el niño es inelegible: <i>nunca fue elegible</i> (desde el nacimiento hasta los 3 años)<br><input type="checkbox"/> Intentos fallidos de comunicación (desde el nacimiento hasta los 4 años)<br><input type="checkbox"/> Retiro de los padres (desde el nacimiento hasta los 4 años)<br><input type="checkbox"/> Culminación del IFSP antes de cumplir los tres años (desde el nacimiento hasta los 3 años)<br><input type="checkbox"/> Transición <u>a</u> los tres años: <i>no continúa con un IFSP</i> (desde el nacimiento hasta los 3 años)<br><input type="checkbox"/> Transición <u>después</u> de los tres años (entre los 3 y 4 años de edad)<br><input type="checkbox"/> Culminación del IFSP tras cumplir los 3 años (entre los 3 y 4 años de edad)<br><input type="checkbox"/> Transición al inicio del año escolar siguiente al 4º cumpleaños<br><input type="checkbox"/> Se mudó a otra jurisdicción (desde el nacimiento hasta los 4 años de edad)<br><b>NOMBRE DE LA JURISDICCIÓN:</b> _____<br><input type="checkbox"/> Se mudó fuera del estado (desde el nacimiento y los 4 años de edad)<br><input type="checkbox"/> Fallecido (desde el nacimiento y los 4 años de edad) |

**DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS PROPUESTAS O RECHAZADAS Y EXPLICACIÓN DE CADA MEDIDA:**

|                  |                                    |                               |  |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|
| Nombre del niño: | Número del documento de identidad: | Fecha de la reunión del IFSP: |  |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|



**DERECHOS DE LOS PADRES: AVISO DE SALVAGUARDAS DE PROCEDIMIENTOS EN MARYLAND**

Los padres de un niño con un retraso o discapacidad del desarrollo tienen derecho a ciertas salvaguardas de procedimiento, tal como se describen en el **“Aviso de salvaguardas de procedimientos en Maryland” (Parental Rights-Maryland Procedural Safeguards Notice)**, lo que incluye el derecho a solicitar la intercesión o presentar un reclamo de debido proceso si los padres no están de acuerdo con las medidas propuestas o rechazadas y el derecho de presentar un reclamo estatal.

- Se entregó una copia de los *“Derechos de los padres: Aviso de salvaguardas de procedimientos en Maryland”* a los padres
- Los padres declinaron recibir otra copia

**SERVICIOS DE APOYO PARA LA FAMILIA**

**LOCAL:** Información de Red de Apoyo para la Familia/Preschool Partners:

**LÍNEA GRATUITA A NIVEL ESTATAL:** Línea informativa de servicios de apoyo **1-800-535-0182**.  
*Un servicio de la División de Educación Especial/Servicios de Intervención Temprana del Departamento de Educación del Estado de Maryland.*