



## RI Early Intervention Annual Individualized Family Service Plan Review

Nombre del niño/a:	FDN:	ID#:	Fecha:
<p>La Revisión Anual del Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP, por sus siglas en inglés) incluye una revisión y actualización de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Preocupaciones, prioridades y recursos de la familia</li><li>• Los niveles actuales de desarrollo del niño/a en todas las áreas</li><li>• Metas para el niño/a y la familia</li><li>• Servicios de Intervención Temprana</li></ul> <p>Por favor, utilice este formulario de <b>Revisión Anual del Plan Individualizado de Servicios para la Familia</b> (IFSP, por sus siglas en inglés) cuando no haya dudas sobre la elegibilidad continua del niño/a para los servicios de Intervención Temprana. Si existe alguna duda sobre la elegibilidad continua del niño/a, se debe realizar una evaluación multidisciplinaria y debe utilizarse el formulario de Revisión del IFSP – Reevaluación de Elegibilidad.</p>			
<p><b>¿Qué inquietudes tiene actualmente sobre el desarrollo, el comportamiento y/o las habilidades de su hijo/a?</b></p>			
<p><b>¿Cuáles son sus prioridades actuales en relación con el desarrollo, el comportamiento y/o las habilidades de su hijo/a?</b></p>			
<p><b>¿Cuáles son algunos de los cambios o actualizaciones en sus recursos (personas o profesionales que le brindan apoyo a usted y a su familia)?</b></p>			
<p><b>¿Cuáles son algunos de los apoyos o recursos sobre los que le gustaría recibir más información?</b></p>			



## RI Early Intervention Annual Individualized Family Service Plan Review

Nombre del niño/a:	FDN:	ID#:	Fecha:
<p><b>¿Puede contarnos sobre algún cambio en la salud de su hijo/a durante el último año?</b> (Por ejemplo: nuevos medicamentos, cirugías, hospitalizaciones o diagnósticos)</p>			
<p><b>Cuéntenos sobre cualquier cambio durante el último año relacionado con la nutrición o la alimentación de su hijo/a</b> (Por ejemplo: preferencias alimenticias, dieta, consumo de alimentos, deglución, masticación) <b>o con sus hábitos de sueño</b></p>			
<p><b>Cuéntenos sobre sus actividades diarias en general. ¿Cuáles son algunas de las cosas nuevas que usted, su hijo/a y su familia han logrado durante el último año?</b> (Por ejemplo: salir a la comunidad, jugar, conocer a otras familias)</p>			
<p><b>¿Cuáles son algunas de las cosas que le gustaría lograr en los próximos meses?</b> (Para usted, su hijo/a o su familia)</p>			



Nombre del niño:			ID#			FDN:
Columna 1			Columna 2			
Sí	No		Sí	No	NA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted tiene algunas preocupaciones acerca de cómo su niño oye?				Aproximadamente cuantas palabras habladas o gestos usa su hijo/a consistentemente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted tiene algunas preocupaciones acerca del Desarrollo del lenguaje de su hijo/a?				Palabras                      gestos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguien más ha expresado preocupación de cómo su hijo/a oye? Si es así, ¿Quién?				Compare esta información con los hitos de Desarrollo esperados para los niños de esta edad. Cualquier niño con palabras/gestos como las de un niño más pequeño debe ser referido para una evaluación de la audición.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguien más ha expresado preocupación acerca del Desarrollo del lenguaje de su hijo/a? Si es así, ¿Quién?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pasó su niño/a la prueba de audición al nacer?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo/a tendió infecciones de oído medio o líquido en los oídos durante más de 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 2 meses, ¿Su hijo/a arrullaba o hacia gorgoteos y giraba hacia los sonidos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo/a tiene un trastorno asociado con la pérdida de audición (vea una lista limitada al dorso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 4 meses, ¿Su hijo/a balbucaba/balbucea con expresión y copiaba/copia los sonidos que escucha?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido su hijo/a meningitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 6 meses, ¿Su hijo/a respondía por su nombre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha experimentado su hijo/a un traumatismo craneal o una exposición excesiva al ruido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 9 meses, ¿Se volteaba/voltea su hijo/a hacia voces y sonidos familiares en el entorno?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha experimentado su hijo/a alguna enfermedad grave que requiera hospitalización?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 12 meses, ¿Decía/dice su hijo/a palabras sueltas como “ma-ma”, “da-da”?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene su hijo/a una anomalía craneofacial, como paladar hendido que se identificó al nacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 18 meses, ¿Su hijo/a siguió/sigue o respondió/responde a una pregunta simple? “Ven aquí” “¿Dónde están tus zapatos?”
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 18 meses, ¿Diría/dice que su hijo/a tenía/tiene al menos 10 palabras individuales, por ejemplo, “Cachorro,” “Leche,” “Galleta”
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 24 meses, ¿Su hijo/a uso/usa frases de dos o tres palabras para hablar o pedir cosas?

Si respondió “sí” a cualquier pregunta en la Columna 1 y/o “no” a cualquier pregunta en la Columna 2, es posible que tenga que programar una prueba de audición integral para su hijo/a con un audiólogo pediátrico autorizado. Las pruebas aseguraran que su hijo/a oiga todos los sonidos que esperaríamos. Se debe entregar una copia de este examen de audición al audiólogo.



**Basado en los resultados de esta evaluación:**

- Recomendamos que su hijo/a reciba una evaluación integral con un audiólogo pediátrico (ingrese REA en la página Resumen de evaluación)**
- Los padres/tutores han recibido **Una Guía Para la Evaluación de Audición de su Hijo/a**, que incluye una lista de audiólogos pediátricos.
- Hemos aprendido que un audiólogo le está dando seguimiento a su hijo/a (ingrese REA en la página Resumen de evaluación)**
- Nombre del audiólogo: Dr.  
La próxima visita de su hijo/a es en:
- No se han identificado preocupaciones en este momento. Su hijo/a continuará con las pruebas de detección periódicas estándar realizadas y IT volverá a revisar esta prueba en la revisión anual del PISF o antes. (ingrese DLN en la página Resumen de evaluación)**

Recuerde dar su consentimiento al a Intervención Temprana para obtener una copia del informe audiológico de su hijo/a.

**¿No está Seguro de que su hijo/a haya pasado la prueba de audición al nacer?**

Si su niño/a nació en RI, los resultados podrían ser obtenidos en El Programa de la Evaluación Auditiva de RI (tel. 401-277-3700, fax 401-921-6937). Usted puede llamar directamente, o su proveedor de IT puede asistirle. Si desea que su proveedor de IT obtenga esta información en su nombre, se le pedirá que firme el consentimiento antes de que se realice la solicitud. Si el/la niño/a nació fuera del estado, y no sabe si su hijo/a fue examinado/a cuales fueron los resultados, puede consultar [www.infantheating.com](http://www.infantheating.com) par obtener información de contacto para ese estado.

**¿Su hijo/a tiene un síndrome asociado con la pérdida de audición?**

Hay más de 300 síndromes asociados con la pérdida de audición. Esta es una lista de los más comunes. Todos los niños diagnosticados con estos deberían ser seguidos muy de cerca por un audiólogo pediátrico.

- Acondroplasia
- Alport
- Apert
- Síndrome Branchio-Oto-Renal
- Diente de Charcot-marie
- Síndrome de CHARGE
- Crouzen o Cornelia de Lange
- Síndrome de Alcoholismo Fetal
- Síndrome de Goldenhar
- Síndrome de Hunter
- Condiciones Mitocondriales
- Neurofibromatosis
- Pendred
- Displasia Oculoaauriculovertebral
- Síndrome de Stickler
- Treacher Collins
- Trisomía 13 o 18
- Trisomía 21 (Síndrome de Down)
- Síndrome de Turner
- Síndrome de Usher
- Síndrome de Waardenburg



Nombre del niño:			ID#	FDN		
Columna 1			Columna 2			
Sí	No		Sí	No	NA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted tiene alguna preocupación sobre la visión de su hijo/a? Si es así, por favor explique				<b>A los 0-3 meses, hizo/hace su hijo/a:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Les sonreía/sonríe a otras personas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Miraba/mira sus propias manos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez usted u otro padre tuvo un trastorno médico relacionado con sus ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Miraba/mira a los padres al entrar en la habitación?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Los ojos de su hijo/a parecen cruzarse, girar o vagar?				<b>A los 4-6 meses, hizo/hace su hijo/a:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Veía/ve una pelota caer al suelo y rodar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Las pupilas u ojos de su hijo/a son de diferentes tamaños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Miraba/mira de ida y vuelta entre dos objetos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha notado algún movimiento rápido de ida y vuelta de los ojos de su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Notaba/nota algo pequeño como una pasa, cuando estaba/está a 12 pulgadas de distancia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alcanzaba/alcanza y agarraba/agarra los juguetes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo se presiona o se toca el ojo(s)?				<b>A los 7-9 meses, hizo/hace su hijo/a:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo/a inclina o gira la cabeza de una manera inusual cuando mira algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Buscaba/busca los juguetes caídos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Intentaba/intenta moverse hacia un objeto que estaba/está al menos a 5 pies de distancia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Nació su hijo/a prematuramente o estuvo con oxígeno mientras estaba en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Intentaba/intenta agarrar el Cabello, las joyas o las gafas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez su hijo trae objetos muy cerca de su cara para verlos mejor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Recogió/recoge o intentaba/intenta recoger un objeto pequeño?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Entrecierra su hijo los ojos cuando hay una luz normal? Si es así, ¿cuándo?				<b>A los 10-18 meses, hizo/hace su hijo/a:</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo/a tiene alguna afección de salud asociada con la pérdida de la visión (consulte los ejemplos en la página siguiente)? ¿O algún otro diagnóstico o problema médico? Si es así, explique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Reaccionaba/reacciona a las expresiones faciales de otros como fruncir el ceño o soneír?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mostraba/muestra interés en los libros ilustrados?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alcanzaba/alcanza dentro de un envase y saca objetos fácilmente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Notaba/nota objetos o personas afuera, a través de una ventana?

**Si respondió “sí” a cualquier pregunta en la Columna 1 y/o “no” a cualquier pregunta en la Columna 2, se recomienda que programe un examen ocular completo para su hijo/a por un optometrista u oftalmólogo pediátrico. Se debe entregar una copia de este examen de la vista al proveedor de cuidado de la vista, así como al pediatra de su hijo/a.**



**Basado en los resultados de esta evaluación:**

- Recomendamos que su hijo/a reciba un examen ocular completo con un optometrista u oftalmólogo pediátrico** (ingrese REA en la página Resumen de evaluación)
- Padres/Tutores han recibido la **Guía para la vision de su hijo/a de RI**, la cual incluye una lista de optometristas y oftalmólogos pediátricos.
- Nos hemos enterado de que hijo/a esta siendo seguido por un optometrista u oftalmólogo.** (ingrese REA en la página Resumen de evaluación)  
Nombre del optometrista/oftalmólogo: Dr.  
La próxima cita programada del niño/a es:
- No se han identificado preocupaciones en este momento. Su hijo/a debe continuar con las pruebas de detección recomendadas por su pediatra e IT volverá a revisar esta prueba en o antes de la revisión anual del PISF** (ingrese DLN en la página Resumen de evaluación)

Padres/Tutores: Si corresponde, recuerde dar su consentimiento a la Intervención Temprana para obtener una copia del informe del examen de la vista su hijo/a.

Hay muchas condiciones médicas que pueden afectar la visión de un niño/a. Esta es una lista de algunas que requerirán que un oftalmólogo pediátrico siga de cerca a un niño/a.

- Estrabismo
- Atrofia óptica
- Osteogenesis Imperfecta
- Trisomía 13
- Cataratas Congénitas
- Esclerosis Tuberosa
- Galactosémico
- Trisomía 18
- Glaucoma Congénito
- Síndrome de Marfan
- Hypocystinuria
- Síndrome de Down
- Degeneración Retinal
- Parálisis Cerebral
- Síndrome de CHARGE

La Academia Estadounidense de Oftalmología la Asociación Estadounidense de Oftalmología y Estrabismo Pediátricos recomiendan el siguiente cronograma para la detección de la visión pediátrica:

**Recién nacido.** Un oftalmólogo, pediatra, médico de familia u otro profesional de la salud capacitado debe examinar los ojos de un bebé recién nacido y realizar una prueba de reflejo rojo (un indicador básico de que los ojos son normales). Un oftalmólogo debe realizar un examen completo si el bebé es prematuro o tiene un alto riesgo de problemas medicos por otros motivos, tiene signos de anomalías o tiene antecedentes familiares de trastornos graves de la visión en la infancia.

**Infantil.** Un Segundo examen de salud ocular debería ser hecho por un oftalmólogo, pediatra, médico de familia u otro profesional de la salud capacitado en un examen de niño/a sano entre los seis meses y el primer cumpleaños.

**Niño en edad preescolar.** Entre las edades de 3 y 3 ½ , la visión y el alineamiento de los ojos de un niño/a deben ser evaluados por un pediatra, médico de familia, el oftalmólogo, el optometrista, el ortoptista o la persona capacitada en evaluación de la visión de niños en edad preescolar.

Academia Americana de Oftamología 2019  
<https://www.aao.org/eye-health/tips-prevention/children-eye-screening>

**REQUERIDO SOLO PARA LA ELEGIBILIDAD INICIAL O DE FORMA OPCIONAL SI SURGEN INQUIETUDES O PREGUNTAS**

Intervención Temprana de RI: Evaluación de pérdida de visión o cambios en la visión, 3.7.23  
Algunas partes de esta proyección estan adaptadas de:: Heiting OD, Gary (2017). El Desarrollo de la visión de su bebé.  
Recuperado de <https://www.allaboutvision.com/parents/infants.htm>



## RI Early Intervention Annual Individualized Family Service Plan Review Eligibility Redetermination

Nombre del niño/a:	FDN:	ID#:	Fecha:
Resuma brevemente los niveles actuales de desarrollo del niño/a. Considere la información recopilada durante la evaluación continua, cualquier evaluación reciente, observaciones e informes de los padres. Incluya detalles sobre las áreas de fortaleza y cómo el desarrollo y funcionamiento del niño/a están afectando su desempeño en cada una de las áreas de resultados.			
<b>Resultado 1: Habilidades sociales y emocionales positivas (incluidas las relaciones sociales):</b> Se refiere a cómo el/la niño/a se relaciona con adultos y otros niños. En el caso de niños/as mayores, también incluye cómo sigue las reglas relacionadas con la interacción social. Este resultado se evalúa en función de cómo el niño/a establece relaciones seguras con adultos y otros niños/as, expresa sus emociones, aprende reglas y expectativas, e interactúa socialmente.			
Habilidades esperadas para un niño/a de esta edad (acorde a su edad)			
Habilidades similares a las de un niño/a menor; conducen a lo esperado para su edad (habilidades fundamentales inmediatas)			
Habilidades de un niño/a mucho menor; habilidades más tempranas (habilidades fundamentales)			
Otras observaciones			



**RI Early Intervention  
Annual Individualized Family Service Plan Review  
Eligibility Redetermination**

<b>Nombre del niño/a:</b>	<b>FDN:</b>	<b>ID#:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Resultado 2: Adquisición y uso de conocimientos y habilidades:</b> Incluye el pensamiento y razonamiento, la memoria, la resolución de problemas, el uso de símbolos y lenguaje, y la comprensión del mundo físico y social. Este resultado se evalúa en función de la exploración e imitación del niño/a, así como su comprensión de la permanencia de los objetos, la representación simbólica, los números, la clasificación, las relaciones espaciales, el lenguaje expresivo y la comunicación. En el caso de los/las niños/as mayores, también se considera la alfabetización temprana.			
Habilidades esperadas para un niño/a de esta edad (acorde a su edad)			
Habilidades similares a las de un niño/a menor; conducen a lo esperado para su edad (fundamentales inmediatas)			
Habilidades de un niño/a mucho menor; habilidades más tempranas (fundamentales)			
Otras observaciones			



## Objetivos/Metas para el Niño y familiar

Nombre del niño	ID#	FDN	Fecha
<p><i>Los resultados son como metas... Reflejan los cambios que las familias desearían para ellos y sus hijos. Se basan en sus preocupaciones y prioridades y están relacionados con el desarrollo de su hijo y apoyos y recursos para apoyarlo a usted y a su familia.</i></p> <p><i>Formato recomendado para escribir los resultados del niño/a: [El/La niño/a] participará en [actividad/rutina] con el fin de [cómo será la participación]. Sabremos que esto se ha logrado cuando [medición].</i></p> <p><i>Los resultados familiares generalmente se refieren a la adquisición de información, apoyo y recursos, y la implementación de planes/metras.</i></p>			
<p><i>Objetivo/Meta</i></p> <p><b>Fecha que fue escrito</b>      <b>Fecha de revisión</b>      <input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> PISF Anual</p> <p>Otros</p>			
<p><i>Objetivo/Meta</i></p> <p><b>Fecha que fue escrito</b>      <b>Fecha de revisión</b>      <input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> PISF Anual</p> <p>Otros</p>			
<p><i>Objetivo/Meta</i></p> <p><b>Fecha que fue escrito</b>      <b>Fecha de revisión</b>      <input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> PISF Anual</p> <p>Otros</p>			
<p><i>Objetivo/Meta</i></p> <p><b>Fecha que fue escrito</b>      <b>Fecha de revisión</b>      <input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> PISF Anual</p> <p>Otros</p>			

## Plan Individualizado de Servicios Familiar de Intervención Temprana de RI Objetivos/Metas para el Niño y familiar

Nombre del niño	ID#	FDN	Fecha
<i>Objetivo/Meta</i>			
<b>Fecha que fue escrito</b> Otros	<b>Fecha de revisión</b>	<input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> PISF Anual	
<i>Objetivo/Meta</i>			
<b>Fecha que fue escrito</b> Otros	<b>Fecha de revisión</b>	<input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> PISF Anual	
<i>Objetivo/Meta</i>			
<b>Fecha que fue escrito</b> Otros	<b>Fecha de revisión</b>	<input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> PISF Anual	
<i>Objetivo/Meta</i>			
<b>Fecha que fue escrito</b> Otros	<b>Fecha de revisión</b>	<input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> PISF Anual	
<i>Objetivo/Meta</i>			
<b>Fecha que fue escrito</b> Otros	<b>Fecha de revisión</b>	<input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> PISF Anual	
<i>Objetivo/Meta</i>			
<b>Fecha que fue escrito</b> Otros	<b>Fecha de revisión</b>	<input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> PISF Anual	

Nombre del niño:

FDN

Edad:

ID

Fecha

**¿Dónde se llevó a cabo la evaluación?:**

**¿El comportamiento y la participación del niño eran típica? Por favor explique:**

**Equipo de evaluación** (Incluyendo la familia):

**Métodos/procedimientos utilizados para la evaluación.** (marque todo los que aplican):

*Observación*

*Entrevista*

*Lista de verificación*

*Revisión de historia medica*

*Herramienta estandarizada:*

*Información adicional sobre los métodos y procedimientos utilizados:*

**Puntuación:** Indicar Puntuación Estándar (SS) (Esto es lo mismo que resultado compuesto).

**Resultados:** Indicar se 2 DS o 1.5 DS, DLN (Dentro de Límites Normales) o ISF (Impacto Significativo en el Funcionamiento). Si el resultado es menos que 1.5 DS, indicar <1.5DS. Impacto Significativo en el Funcionamiento debe ser descrito en Resumen de Resultados de los Niños Sección B. Para Audición y Vista use REA o DNL (Se recomienda evaluación adicional).

*Tenga en cuenta: 2 DS menos significa = (DS=70 o menos), 1.5 DS menos significa = (DS=71-77) y en general, Puntuación Estándar (DS) entre 85 y 115 son considerados a estar dentro de los limites normales.*

Área de Desarrollo revisada	Puntaciones	Resultados	Área de Desarrollo revisada	Puntaciones	Resultados	Área de Desarrollo revisada	Puntaciones	Resultados
Cognitivo			Habilidades de motoras gruesas			Visión	N/A	
Comunicación Expresiva			Socio Emocional			Audición	N/A	
Comunicación Receptiva			Habilidades de adaptación			Circunstancia familiar	N/A	
Habilidades de motoras finas			Salud	N/A				

**Tipo/razón de elegibilidad**

1.  **Elegible debido a Condición Única Establecida**

Motivo Principal de Elegibilidad:

Código ICD-10:

2.  **Elegible debido a Un Retraso Significativo en el Desarrollo – 2 Desviaciones Estándar en al menos un área**

Motivo Principal de Elegibilidad:

Código ICD-10:

3.  **Elegible debido a Un Retraso Significativo en el Desarrollo – 1.5 Desviaciones Estándar en al menos dos áreas**

Motivo Principal de Elegibilidad:

Código ICD-10:

4.  **Elegible debido a Un Retraso Significativo en el Desarrollo – Hay un impacto significativo en el funcionamiento del niño/familia en una or más áreas**

Motivo Principal de Elegibilidad::

Código ICD-10:

5.  **No Elegible**

**Diagnósticos adicionales que son relevantes para los servicios de IT:**

Diagnóstico/Código ICD-10:

Diagnóstico/Código ICD-10 :

Diagnóstico/Código ICD-10:

Diagnóstico/Código ICD-10 :

## Plan Individualizado de Servicios Familiar de Intervención Temprana de RI

<b>Nombre del niño</b>	<b>FDN:</b>	<b>ID #:</b>	<b>Fecha:</b>								
<b>AVISO DE REUNIÓN PISF</b>											
<p>Una reunion de PISF se lleva a cabo cuando se deben tomar decisions sobre el inicio, la suspension, el cambio o el rechazo de los servicios de Intervención Temprana. Antes de realizar una reunion de PISF, se requiere que Intervención Temprana le proporcione un aviso por escrito con suficiente antelación para garantizar que usted, junto con cualquier otra persona que desee que esté presente, pueda asistir. Este es su aviso de que la siguiente reunion de PISF se llevará a cabo hoy.</p>											
<p><input type="checkbox"/> <b>Provisional</b> – desarrollar un plan temporal para los niños que se presumen elegibles y que necesitan servicios inmediatos antes de que un PISF se complete.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Inicial</b> – desarrollar y completar el PISF.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Actualización</b> – agregar, finalizar o cambiar los servicios del PISF.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Revisión Periódica</b> – revisar todos los resultados lo que puede resultar en una revision/revision de uno o más servicios.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Revisión Anual</b> – evaluar y revisar el PISF, incluyendo todos los resultados y todos los servicios.</p>											
<p><input type="checkbox"/> La intervención temprana ha confirmado con el padre/la madre o tutor, que este aviso de reunion fue proporcionado con suficiente antelación para que la familia pueda asistir.</p>											
<i>Servicios y apoyos serán determinados después de que los resultados funcionales del PISF se desarrollen</i>											
Fecha de Iniciación	Servicio de IT	Proveedor (Nombre)	Lugar	*Medio Ambiente Natural (S/N)	Método	Frecuencia (# de veces por semana)	Intensidad (duración de la sesión en minutos)	Duración (meses)	Fecha de Finalización		
<b>* Si NO, completar la página “Plan para Proporcionar servicios en el ambiente natural”</b>											
<b>Servicios:</b>					<b>Location Codes:</b>			<b>Método:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia de Tecnología</li> <li>• Audiología</li> <li>• Entrenamiento de familia/Consejería</li> <li>• Servicios de enfermería</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutrición</li> <li>• Terapia ocupacional</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Psicología</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo social</li> <li>• Terapia del Habla/Lenguaje</li> <li>• Visión</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>H</b> (Hogar)</li> <li>• <b>CB</b> (Centro Basado)</li> <li>• <b>CC</b> (Cuidado infantil)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>C</b> (Comunidad)</li> <li>• <b>EIGC</b> (El Grupo en la Comunidad)</li> <li>• <b>N/A</b> (No Aplicable)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>I</b> (Individual)</li> <li>• <b>G</b> (Grupo)</li> <li>• <b>GV</b> (Grupo Virtual)</li> <li>• <b>IV</b> (Individual Virtual)</li> </ul>	

## Plan Individualizado de Servicios Familiar de Intervención Temprana de RI

<b>Nombre del niño</b>	<b>FDN:</b>	<b>ID #:</b>	<b>Fecha:</b>
------------------------	-------------	--------------	---------------

*Coordinación de Servicio se proporciona para coordinar servicios en el PISF y puede consistir en visita al hogar, llamada telefónica, y conversaciones con otros proveedores. Intervención Temprana es capaz de proporcionar servicios de interpretación, traducción, y servicios de transporte para familias según sea necesario para obtener acceso a los programas y servicios de Intervención Temprana.*

**Servicios implementados o necesarios:** ( servicios como médico, recreativo, religiosos o sociales, mientras no están cubiertos por Intervención Temprana, contribuyen a este plan):

Programa/Agencia	Contacto	Estado

**Reconocimiento del PISF** (*marque una opción*)

- Reconozco lo siguiente:
- Los servicios mencionados en este PISF se han determinado para satisfacer las necesidades actuales de mi hijo y apoyar los objetivos que desarrollamos como equipo del PISF.
  - Este es mi aviso previo por escrito para el inicio de estos servicios del PISF.
  - Se me han proporcionado, revisado y explicado las [Garantías Procesales](#).
- No aplica – se realizó una revisión periódica y no hay cambios en los servicios del PISF (no es necesario firmar).

**Consentimiento del PISF** (*marque una opción*)

- Doy mi consentimiento para los servicios de Intervención Temprana tal como están escritos en este PISF.
- Doy mi consentimiento para los servicios de Intervención Temprana tal como están escritos en este PISF con los siguientes cambios:
- No aplica- se realice una revisión periódica y no hay cambios en los servicios del PISF (no se requiere firma).

**Firma de los Padres/Cuidador:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Plan Individualizado de Servicios Familiar de Intervención Temprana de RI**  
**Página de servicios Plan para proveer servicios en el entorno natural**

Nombre del niño:	ID#	FDN	
<b>Explicar por qué el (los) resultado (s) del niño (a) no podría lograrse si se proporciona los servicios en el ambiente natural del niño. (¿Cuales son los obstáculos? ¿Como sabe el equipo?)</b>			
<b>¿Cómo participará la familia para lograr este resultado? (¿Cómo se entrenará a la familia para practicar estas estrategias y habilidades en actividades y rutinas diarias?)</b>			
<b>¿Que se necesita para dirigirse a este resultado dentro de las rutinas diarias típicas del niño y las actividades familiares? (¿Quién es responsable? ¿Cuál es el horario? ¿Que se necesita? ¿Cómo será apoyada la familia?)</b>			
<b>Fecha de revisión:</b>	<input type="checkbox"/> Continuar	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Logrado
Favor de resumire el progreso del niño y los cambios que serían útiles:			
<b>Fecha de revisión:</b>	<input type="checkbox"/> Continuar	<input type="checkbox"/> Cambiar	<input type="checkbox"/> Logrado
Favor de resumire el progreso del niño y los cambios que serían útiles:			