RI Early Intervention
Annual Individualized Family Service Plan Review

Nombre del niño/a:	**FDN:**	**ID#:**	**Fecha:**

La Revisión Anual del Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP, por sus siglas en inglés) incluye una revisión y actualización de:

- Preocupaciones, prioridades y recursos de la familia
- Los niveles actuales de desarrollo del niño/a en todas las áreas
- Metas para el niño/a y la familia
- Servicios de Intervención Temprana

Por favor, utilice este formulario de ***Revisión Anual del Plan Individualizado de Servicios para la Familia*** (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.

¿Qué inquietudes tiene actualmente sobre el desarrollo, el comportamiento y/o las habilidades de su hijo/a?

¿Cuáles son sus prioridades actuales en relación con el desarrollo, el comportamiento y/o las habilidades de su hijo/a?

¿Cuáles son algunos de los cambios o actualizaciones en sus recursos (personas o profesionales que le brindan apoyo a usted y a su familia)?

¿Cuáles son algunos de los apoyos o recursos sobre los que le gustaría recibir más información?

Nombre del niño/a:	FDN:	ID#:	Fecha:

¿Puede contarnos sobre algún cambio en la salud de su hijo/a durante el último año?
(Por ejemplo: nuevos medicamentos, cirugías, hospitalizaciones o diagnósticos)

Cuéntenos sobre cualquier cambio durante el último año relacionado con la nutrición o la alimentación de su hijo/a (Por ejemplo: preferencias alimenticias, dieta, consumo de alimentos, deglución, masticación) **o con sus hábitos de sueño**

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? (Por ejemplo: salir a la comunidad, jugar, conocer a otras familias)

¿Cuáles son algunas de las cosas que le gustaría lograr en los próximos meses? (Para usted, su hijo/a o su familia)

Nombre del niño/a:	FDN:	ID#:	Fecha:

Resuma brevemente el nivel actual de desarrollo del niño/a. Considere la información recopilada durante evaluaciones continuas, 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 impactando su capacidad en cada área de resultados.

Resultado 1: Habilidades sociales y emocionales positivas (incluyendo relaciones sociales): Involucra cómo el niño/a se relaciona con los adultos y otros niños/as, y para los/las niños/as mayores, cómo sigue las reglas relacionadas con la interacción con los demás. El resultado se evalúa en función de cómo el/la niño/a forma relaciones seguras con adultos y niños/as, expresa sus sentimientos, aprende las reglas y expectativas, e interactúa socialmente.

Nombre del niño/a:	FDN:	ID#:	Fecha:

Resultado 2: Adquisición y uso de conocimientos y habilidades:
Involucra el pensamiento y razonamiento, la memoria, la resolución de problemas, el uso de símbolos y lenguaje, y la comprensión del mundo físico y social. El resultado se evalúa en función de la exploración e imitación del niño/a, así como de su comprensión de la permanencia de los objetos, la representación simbólica, los números, la clasificación, las relaciones espaciales, el lenguaje expresivo y la comunicación, y para los/las niños/as mayores, la alfabetización temprana.

Nombre del niño/a:	FDN:	ID#:	Fecha:

Resultado 3: Tomar acción para satisfacer las necesidades:
Involucra la comunicación/cuidado de las necesidades básicas, como mostrar hambre, trasladarse de un lugar a otro, usar herramientas como un tenedor, cepillo de dientes o crayón, y para los/las niños/as mayores, contribuir a su propia salud y seguridad. El resultado se mide en función de la capacidad del niño/a para integrar las habilidades motoras para completar tareas, habilidades de autocuidado (por ejemplo, vestirse, alimentarse, arreglarse, ir al baño y tareas domésticas), y "actuar sobre el mundo para obtener lo que se necesita."

Plan Individualizado de Servicios Familiar de Intervención Temprana de RI

Objetivos/Metas para el Niño y familiar

Nombre del niño	ID#	FDN	Fecha

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.

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].

Los resultados familiars generalmente se refieren a la adquisición de información, apoyo y recursos, y la implementación de planes/metas.

Objetivo/Meta

Fecha que fue escrito **Fecha de revisión** ☐ Periódico /6 Me. ☐ PISF Anual

Otros

Objetivo/Meta

Fecha que fue escrito **Fecha de revisión** ☐ Periódico /6 Me. ☐ PISF Anual

Otros

Objetivo/Meta

Fecha que fue escrito **Fecha de revisión** ☐ Periódico /6 Me. ☐ PISF Anual

Otros

Objetivo/Meta

Fecha que fue escrito **Fecha de revisión** ☐ Periódico /6 Me. ☐ PISF Anual

Otros

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

Nombre del niño	ID#	FDN	Fecha
Objetivo/Meta			
Fecha que fue escrito Otros	**Fecha de revisión**	☐ Periódico /6 Me. ☐ PISF Anual	
Objetivo/Meta			
Fecha que fue escrito Otros	**Fecha de revisión**	☐ Periódico /6 Me. ☐ PISF Anual	
Objetivo/Meta			
Fecha que fue escrito Otros	**Fecha de revisión**	☐ Periódico /6 Me. ☐ PISF Anual	
Objetivo/Meta			
Fecha que fue escrito Otros	**Fecha de revisión**	☐ Periódico /6 Me. ☐ PISF Anual	
Objetivo/Meta			
Fecha que fue escrito Otros	**Fecha de revisión**	☐ Periódico /6 Me. ☐ PISF Annual	
Objetivo/Meta			
Fecha que fue escrito Otros	**Fecha de revisión**	☐ Periódico /6 Me. ☐ PISF Anual	

Plan Individualizado de Servicios Familiar de Intervención Temprana de RI

Nombre del niño **FDN:** **ID #:** **Fecha:**

AVISO DE REUNIÓN PISF

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 require 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.

☐ **Provisional** – desarrollar un plan temporal para los niños que se presumen elegibles y que necesitan servicios inmediatos antes de que un PISF se complete.
☐ **Inicial** – desarrollar y completar el PISF.
☐ **Actualización** – agregar, finalizar o cambiar los servicios del PISF.
☐ **Revisión Periódica** – revisar todos los resultados lo que puede resultar en una revision/revision de uno o más servicios.
☐ **Revisión Anual** – evaluar y revisar el PISF, incluyendo todos los resultados y todos los servicios.

☐ 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.

Servicios y apoyos serán determinados depués de que los resultados funcionales del PISF se desarrollen

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

*** Si NO, completar la página "Plan para Proporcionar servicios en el ambiente natural"**

Servicios:

- Asistencia de Tecnología
- Audiología
- Entrenamiento de familia/ Consejería
- Servicios de enfermería
- Nutrición
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Psicología
- Trabajo social
- Terapia del Habla/Lenguaje
- Visión

Location Codes:

- **H** *(Hogar)*
- **CB** *(Centro Basado)*
- **CC** *(Cuidado infantil)*
- **C** *(Comunidad)*
- **EIGC** *(El Grupo en la Comunidad)*
- **N/A** *(No Aplicable)*

Método:

- **I** *(Individual)*
- **G** *(Grupo)*
- **GV** *(Grupo Virtual)*
- **IV** *(Individual Virtual)*

Plan Individualizado de Servicios Familiar de Intervención Temprana de RI

Nombre del niño	**FDN**:	**ID #**:	**Fecha**:

Coordinación de Servicio se proporciona para coordinar servicios en el PISF y puede consistir en visita al hogar, llamada teléfonica, 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 realize una revisión periódica y no hay cambios en los servicios del PISF (no se require 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**

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?)*

¿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?)

¿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?)

Fecha de revisión: ☐ Continuar ☐ Cambiar ☐ Logrado

Favor de resumire el progreso del niño y los cambios que serían útiles:

Fecha de revisión: ☐ Continuar ☐ Cambiar ☐ Logrado

Favor de resumire el progreso del niño y los cambios que serían útiles: