

Plan Individualizado de Servicios Familiar de Intervención Temprana de RI

| Nombre del niño | FDN: | ID #: | Fecha: | | | | | | | | |
|---|----------------|--------------------|--|-------------------------------|--|------------------------------------|---|------------------|---|--|--|
| AVISO DE REUNIÓN PISF | | | | | | | | | | | |
| <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"/> Provisional – 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"/> Inicial – desarrollar y completar el PISF.</p> <p><input type="checkbox"/> Actualización – agregar, finalizar o cambiar los servicios del PISF.</p> <p><input type="checkbox"/> Revisión Periódica – revisar todos los resultados lo que puede resultar en una revision/revision de uno o más servicios.</p> <p><input type="checkbox"/> Revisión Anual – 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 | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| * Si NO, completar la página “Plan para Proporcionar servicios en el ambiente natural” | | | | | | | | | | | |
| Servicios: | | | | | Location Codes: | | | Método: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia de Tecnología • Audiología • Entrenamiento de familia/Consejería • Servicios de enfermería | | | <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición • Terapia ocupacional • Fisioterapia • Psicología | | <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo social • Terapia del Habla/Lenguaje • Visión | | <ul style="list-style-type: none"> • H (Hogar) • CB (Centro Basado) • CC (Cuidado infantil) | | <ul style="list-style-type: none"> • C (Comunidad) • EIGC (El Grupo en la Comunidad) • N/A (No Aplicable) | | <ul style="list-style-type: none"> • 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 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:** _____