

# Plan Individualizado de Servicios Familiar de Rhode Island



## Program Information

### En Intervención Temprana

#### Queremos que los niños de todos niveles...

- Ganen habilidades sociales emocionales positivas, incluyendo relaciones sociales
- Aprendan y usen nuevos conocimientos y habilidades.
- Tomen medidas para satisfacer sus necesidades

#### Queremos que todas las familias...

- Entiendan los puntos fuertes, las necesidades y las habilidades de sus hijos
- Conozcan sus derechos y defiendan los intereses de sus hijos
- Ayuden a sus hijos a desarrollarse y aprender



Nombre del niño:

Fecha de Nacimiento:     /     /

Sexo:    Masculino    Femenino

ID#:            Fecha del Referido:     /     /

Dirección del niño:

1.) Padre/Cuidador:

# de Teléfono(s):

Correo electrónico:

2.) Padre/Cuidador:

# de Teléfono(s):

Correo electrónico:

Fecha del Referido:     /     /

Coordinador de Servicio:

# de Teléfono:            ext.

Correo electrónico:

Consultor de Padres:

# de Teléfono:            ext.

Médico de Atención Primaria:

Dirección/# de Teléfono:

Fecha de Reunión del IFSP:     /     /     (Fecha el equipo del IFSP se reúne para comenzar el desarrollo del IFSP)

45 días después de referencia es     /     /

Si el IFSP inicial es más de 45 días a partir del referido por favor indique la razón porque:

Hospitalización del niño    Familia pidió atraso    No han podido ponerse en contacto/La familia cancelo    Problema con el proveedor

Fecha de inicio del IFSP:     /     /     (Fecha cuando la familia acepta y firma el IFSP)

Fecha de revisión de 6 meses     /     /

Fecha de conclusión de RBI:     /     /

Si esto es un IFSP provisional complete la portada, Página Resultados del Niño y la Familia, Páginas de Servicios, y parte Provisional de la Pagina de Firmas.

# Plan Individualizado de Servicios Familiar de Rhode Island

## Su Familia, Apoyos, y Recursos

Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

**Describa la razón por la cual que su hijo fue referido a la Intervención Temprana (IT):**

**Salud general** ( *Considerar*    ■ *Crecimiento del niño/desarrollo* / *historial médico*    ■ *Historia familiar pertinente u otros eventos importantes*    ■ *Medicamentos que toma/razones*    ■ *Condición Establecida*    ■ *Prematuridad*    ■ *Resumen de embarazo y nacimiento (sólo si es relevante a la razón por el referido)*

**¿Ha sido probado el nivel de plomo de su hijo?**  Si  No  
**¿Hay una preocupación por un nivel alto de plomo?**  Si  No  
Si la respuesta es sí, por favor explique.

**Cuéntenos sobre la nutrición y la alimentación de su hijo** (Es decir, preferencias alimenticias, dieta, consumo, tragar, masticar):

**¿Dormir?**(Es decir, horas, repetición, rutinas):

## Plan Individualizado de Servicios Familiar de Rhode Island

Nombre del niño      Fecha de nacimiento    /    /      Edad      ID      Fecha    /    /

**Cuéntenos sobre sus actividades diarias.** (Es decir, cambio de pañales, baño, comportamiento, salir a la comunidad):

**¿Pasa su hijo algún tiempo en cuidado infantil y/o educación preescolar licenciado?**  Si  No

Ubicación del cuidador/Nombre:

Horario:

Horas/Semana:

**¿Pasa su hijo algún tiempo en el cuidado de otro adulto no parental?**  Si  No

Ubicación del cuidador/Nombre:

Horario:

Horas/Semana:

**Por favor, comparta cualquier información que pueda ser útil para apoyar su cultura familiar, tales como fiestas importantes, tradiciones culturales, religión, comida, costumbres:**

# Plan Individualizado de Servicios Familiar de Rhode Island

## Su Familia, Apoyos, y Recursos

Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

**ESTA PÁGINA DEBE SER PRESENTADA POR SEPARADA DEL IFSP YA QUE PUEDE CONTENER INFORMACIÓN SENSITIVO. Esto le impedirá ser copiado fuera de IT.**

**¿Hay otras circunstancias que afectan a su hijo y su familia que podría impactar el desarrollo de su hijo? (Es decir, seguridad, falta de vivienda, trauma, enfermedad, pérdida, estrés financiero, depresión, adicción)?**

**Desarrollo inicial de EcoMAP.** *Un ECOMAP es una imagen de los apoyos que rodean a su familia. Este cuadro nos ayudará a conocerle mejor. El espacio en el centro representa quién vive con su hijo.*

*Vamos a dibujar líneas que conectan a su familia con los que le rodean. Cuanto más gruesa sea la línea, más solidaria será la relación. Las líneas rotas o guiones representan relaciones que le causan estrés. Por favor considere a familiares, amigos e iglesias/templos, clubes, pediatras o especialista o agencias como WIC. Esta información ayudará a IT a obtener una mejor imagen de los apoyos y recursos de su familia y nos ayudará a apoyarle en el desarrollo de ideas y estrategias individualizadas.*

Cuidador 1 (Familia del cuidador)

Cuidador 2 (Familia del cuidador)

¿Quién vive con el niño?

Cuidador 1 Amigos  
Personas en el trabajo  
Apoyos Comunitarios

Cuidador 2 Amigos  
Personas en el trabajo  
Apoyos Comunitarios

Apoyos y servicios comunitarios



Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

Column 1			Column 2			
SI	No		Si	No	NA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿tiene usted preocupaciones acerca de cómo su niño oye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Aproximadamente cuantas palabras habladas o gestos usa su hijo/a consistentemente?  Palabras      Gestos  Compare esta información con los hitos de desarrollo esperados para los niños de esta edad. Cualquier niño con crisis de palabras como la de un niño más pequeño debe ser referido para una evaluación de la audición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene usted preocupaciones acerca del desarrollo del lenguaje de su hijo/a?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguien mas ha expresado preocupación de cómo su hijo/a oye? Si es así, ¿Quien?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguien mas ha expresado preocupación acerca del desarrollo del lenguaje de su hijo/a? Si es así, ¿Quien?	<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 ha tenido 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"/>	¿Tiene su hijo/a un síndrome 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 balbucea con la expresión y copia los sonidos que escucha?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ Ha tenido su hijo/a meningitis?u	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 6 meses, ¿Responde su hijo/a 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 volvió su hijo/a a voces y sonidos familiares en el entorno?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo/a ha experimentado alguna enfermedad grave que requiera hospitalización?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 12 meses,¿Dijo 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 o respondió a una pregunta simple? “Venga aquí” “¿Donde están tus zapatos?”
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A los 18 meses, ¿Dice/dijo que su hijo/a 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 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 audiologo pediátrico autorizado. Las pruebas aseguraran que su hijo/a oiga todos los sonidos que esperaríamos. Se debe entregar una copia de este examen de audicion al audiologo.



Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

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

- Recomendamos que su hijo/a reciba una evaluación auditiva integral con un audiólogo pediátrico.**
- Los padres/tutores han recibido una guía para la evaluación de audición de su hijo/, que incluye una lista de audiólogos pediátricos.
- Hemos aprendido que un audiólogo le está dando seguimiento a su hijo/a:**

Nombre del Audiologo: Dr.

La próxima visita de su hijo/a es en      /      /

**Recuerde dar su consentimiento a a Intervención Temprana para obtener una copia del informe de la lógica de audio de su hijo/a.**

**¡No está seguro de que se 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 o cuales fueron los resultados, puede consultar [www.infanthearing.org](http://www.infanthearing.org) par obtener informacion 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                  | • Síndrome de Alcoholismo Fetal | • Síndrome de Stickler           |
| • Alport                         | • Síndrome de Goldenhar         | • Traidor Collins                |
| • Apert                          | • Síndrome del Cazador          | • Trisomía 13 o 18               |
| • Síndrome de Bronquio-Oto-Renal | • Neurofibromatosis             | • Trisomia 21 (Síndrome de Down) |
| • Diente de Charcot-Marie        | • Condiciones de Mitocondrial   | • Síndrome de Turner             |
| • Pendred                        | • Síndrome de Usher             | • Síndrome de Waardenburg        |
| • Síndrome de CHARGE             | • Displasia                     | • Crouzen o Cornelia de Lange    |
|                                  | • Oculauriculovertebral         |                                  |

## Detección de Intervención Temprana para la Pérdida de la Visión o Cambios en la Visión



Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

Columna 1			Columna 2			
Si	No		Si	No	NA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene alguna preocupación sobre la visión de su hijo? En caso afirmativo, por favor explique				<b>A los 0-3 meses, hizo / hace su hijo:</b>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sonreír a otras personas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted / otro padre usó lentes correctivos cuando era niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mira sus propias manos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez usted / otro padre tuvo una condición médica relacionada con sus ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mirar a los padres al entrar en la habitación?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Los ojos de su hijo parecen cruzarse, girar o vagar?				<b>A los 4 - 6 meses, ¿hizo / hace su hijo?</b>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ve una pelota caer al suelo y rodar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Las pupilas u ojos de su hijo son de diferentes tamaños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mira hacia atrás y hacia adelante entre 2 objetos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha notado algún movimiento rápido de ida y vuelta de los ojos de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Nota algo pequeño como una pasa, cuando está a 12 pulgadas de distancia?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alcanza y agarra los juguetes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo presiona o puya sus ojos?				<b>A los 7-9 meses, ¿hizo / hace su hijo?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo inclina o gira la cabeza de una manera inusual cuando mira algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Busca los juguetes caídos?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Intenta moverse hacia un objeto que está al menos a 5 pies de distancia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Nació su hijo prematuramente o estuvo con oxígeno mientras estaba en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Intentas 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 ver mejor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Recoge o intenta recoger un objeto pequeño?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez su hijo entrecierra los ojos? ¿Si sí, cuándo?				<b>A los 10 - 18 meses, ¿tiene / hizo su hijo?</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene su hijo una condición de salud asociada con la pérdida de visión (vea los ejemplos en la página siguiente)? ¿U otro diagnóstico o inquietud médica? En caso afirmativo, por favor explique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Reacciona a las expresiones faciales de otros como fruncir el ceño o sonreír?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Muestra interés en los libros ilustrados?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alcanza dentro de un envase y saca objetos fácilmente?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿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 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.**



Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

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

**Recomendamos que su hijo 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 visión de su hijo de RI**, la cual incluye una lista de *optometristas y oftalmólogos pediátricos*.

**Nos hemos enterado que su hijo 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 es el      /      /

**No se han identificado preocupaciones en este momento. Su hijo debe continuar con las pruebas de detección recomendadas por su pediatra e IT volverá a visitar 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 de su hijo.

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

- |                        |                       |                           |                    |
|------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------|
| • Estrabismo           | • Atrofia óptica      | • Osteogenesis Imperfecta | • Trisomía 13      |
| • Cataratas Congénitas | • Esclerosis Tuberosa | • Galactosemia            | • Trisomía 18      |
| • Glaucoma Congénito   | • Síndrome de Marfan  | • Hipocistinuria          | • Síndrome de Down |
| • Degeneración Retinal | • Parálisis Cerebral  | • Síndrome de CHARGE      | • Albinismo        |

La Academia Estadounidense de Oftalmología y 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 médicos 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 sano entre los seis meses y el primer cumpleaños.

**Preescolar.** Entre las edades de 3 y 3½, la visión y el alineamiento de los ojos de un niño deben ser evaluados por un pediatra, el 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 Oftalmología 2019

<https://www.aao.org/eye-health/tips-prevention/children-eye-screening>

Intervención Temprana de RI: evaluación de pérdida de visión o cambios en la visión, 4.14.2

Algunas partes de esta proyección están adaptadas de: Heiting OD, Gary (2017). El desarrollo de la visión de su bebé. Recuperado de <https://www.allaboutvision.com/parents/infants.htm>



Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

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

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

**Equipo de evaluación:**  
(Incluyendo la familia)      Nombre/Posición:      Nombre/Posición:      Nombre/Posición:  
Nombre/Posición:      Nombre/Posición:      Nombre/Posición:

**Métodos / procedimientos utilizados para la evaluación. Marque todo lo que aplican :**  Herramienta estandarizada  
 Lista de verificación  Revisión de historia médica  Entrevista  Observación. Por favor, liste otros métodos y procedimientos en las siguientes líneas:

**Elegible:** Este niño cumple con los criterios de elegibilidad para los servicios de Intervención Temprana.

**Marque #1 ó #2**

1.  **Condición Establecida Singular (Especifique)**  
Motivo Principal de Elegibilidad:      Código ICD-10 :  
Motivo Secundario de Elegibilidad:      Código ICD-10 :

2.  **Retraso Significativo en el Desarrollo (Seleccione Categoría de Elegibilidad a, b, ó c )**  
Diagnóstico primario:      Código ICD-10:

**a) Un retraso de 2 Desviaciones Estándar en al menos una de las siguientes áreas**  
 Cognitivo  Motora gruesa  Habilidades de motoras finas  Comunicación expresiva  
 Comunicación receptiva  Social emocional  Habilidades de adaptación

**b) Un retraso de 1.5 Desviaciones Estándar en al menos dos de las siguientes áreas**  
 Cognitivo  Motora gruesa  Habilidades de motoras finas  Comunicación expresiva  
 Comunicación Receptiva  Social emocional  Habilidades de adaptación

**c) Hay un impacto significativo en el funcionamiento del niño/familia en las siguientes áreas**  
 Cognitivo  Motora gruesa  Habilidades de motoras finas  Comunicación expresiva  
 Comunicación Receptiva  Social emocional  
 Habilidades de adaptación  Visión  Audición  Salud  Circunstancia familiar

**No Elegible:** Este niño no cumple con los criterios de elegibilidad para los servicios de intervención temprana (Resuma en el Formulario B). Recordatorio: **Proveer la garantías procesales y documente en formulario de servicios rendido.**

**La familia rechaza los servicios de Intervención Temprana**

**Puntuación:** Indicar Puntuación Estándar (SS) (Esto es lo mismo que resultado compuesto) **Resultados:** Indicar se 2 DS o 1.5 DS, WNL (Dentro de Límites Normales) o ISF (Impacto Significativo en el Funcionamiento). Si el resultado es menos que 1.5 DS, indicar <1.5 DS. . Impacto Significativo en el Funcionamiento debe ser descrito en Resumen de Resultados de los Niños Sección B. Para Audición y Vista use WNL or FER (Se recomienda evaluación adicional). *Tenga en cuenta: 2 DS menos significa = (SS=70 o menos), 1.5 DS menos significa = (SS=71-77) y en general, Puntuación Estándar (SS) entre 85 y 115 son considerados a estar dentro de los límites normales.*

Área de desarrollo revisado	Puntaciones	Resultados	Área de desarrollo revisado	Puntaciones	Resultados	Área de desarrollo revisado	Puntaciones	Resultados
Cognitivo			Habilidades de motoras gruesas			Visión	N/A	
Comunicación Expresiva			Social emocional			Audición	N/A	
Comunicación Receptiva			Habilidades de adaptación			Circunstancia familiar	N/A	
Habilidades de motoras finas			Salud	N/A		<b>Respuesta a Fuente de Referencia:</b> Si esta es la evaluación inicial, ha enviado una respuesta a la fuente de referencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		

## Plan Individualizado de Servicios Familiar de Rhode Island

Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

### **Resumen de Resultados Infantiles (COS) Sección B:**

*Utilice múltiples fuentes de información, incluyendo la Sección A de COS, para describir el funcionamiento de este niño en cada área de resultados. Identificar cómo se comparan estas habilidades con niños de la misma edad utilizando lenguaje como edad esperada, habilidad como la de un niño un poco mas joven de su edad y/o un niño mucho más joven de su edad.*

Información proporcionada por:  Padre o guardián  Cuidador  Maestro  IT/ECSE Educador  IT/ECSE Terapeuta  Otros

#### **Resultado I: Ganar habilidades sociales emocionales positivas (incluyendo relaciones sociales):**

Consiste en cómo el niño se relaciona con adultos y otros niños, y para los niños mayores, cómo el niño sigue las reglas para interactuar con otras personas. El resultado se mide en base a cómo el niño forma relaciones seguras con adultos y niños, expresa sentimientos, aprende reglas y expectativas e interactúa socialmente.

Habilidades esperadas de un niño de esta edad (edad actual)

Habilidades como las de un niño más pequeño; de inicio hacia la edad actual (fundamento inminente)

Habilidades como las de un niño mucho más pequeño; habilidades de edad más temprana (fundamental)

Otras observaciones e información

El resumen de la evaluación de su niño se organiza alrededor de los tres resultados nacionales infantiles de Intervención Temprana. Como sabemos, las habilidades funcionales de los niños se superponen a los dominios del desarrollo, por lo tanto organizamos lo que sabemos acerca de su hijo en las áreas de tres resultados. Este resumen resumirá el desarrollo de su hijo, puntos fuertes, necesidades y el desarrollo de su hijo en comparación con sus compañeros de la misma edad.

## Plan Individualizado de Servicios Familiar de Rhode Island

Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

### **Resultado 2: Aprender y usar nuevos conocimientos y habilidades:**

Implica pensamiento y razonamiento, recordar, resolver problemas, utilizando símbolos y lenguaje y comprensión del mundo físico y social. El resultado se mide en base a la exploración e imitación de los niños, así como su comprensión de permanencia del objeto, representación simbólica, números, clasificación, relaciones espaciales, lenguaje expresivo y comunicación y para niños mayores, alfabetización temprana.

Habilidades esperadas de un niño de esta edad (edad actual)

Habilidades como las de un niño más pequeño; de inicio hacia la edad actual (fundamento inminente)

Habilidades como las de un niño mucho más pequeño; habilidades de edad más temprana (fundamental)

Otras observaciones e información

## Plan Individualizado de Servicios Familiar de Rhode Island

Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

### **Resultado 3: Tomar medidas para satisfacer sus necesidades:**

Implica la comunicación y el cuidado de necesidades básicas tales como mostrar hambre, ir de un lugar a otro, utilizar instrumentos como un tenedor, cepillo de dientes o lápices de colores, y para los niños mayores, contribuyendo a su propia salud y seguridad. El resultado se mide en base a la capacidad del niño para integrar habilidades motrices para completar tareas, destrezas de auto-ayuda (es decir, vestirse, alimentarse, arreglarse, ir al baño y tareas domésticas.), y "actuar en el mundo para conseguir lo que uno necesita."

Habilidades esperadas de un niño de esta edad (edad actual)

Habilidades como las de un niño más pequeño; de inicio hacia la edad actual (fundamento inminente)

Habilidades como las de un niño mucho más pequeño; habilidades de edad más temprana (fundamental)

Otras observaciones e información

## Plan Individualizado de Servicios Familiar de Rhode Island

Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

**Resumen de Resultados Infantiles (COS) Sección C** *¿Cómo resumiría el desarrollo de este niño en cada área de resultado? Revisar y seleccionar una declaración para cada resultado y anote en el cuadro de abajo.*

- En relación con los compañeros de la misma edad, este niño tiene todas las habilidades que se espera para un niño de su edad. (7)
- En relación con los compañeros de la misma edad, este niño tiene las habilidades que se espera para un niño de su edad, sin embargo, hay preocupaciones de que él / ella puede estar en la frontera de no mantenerse al nivel con sus compañeros de la misma edad. (6)
- En relación con los compañeros de la misma edad, este niño demuestra muchas habilidades que se espera de su edad, pero también muestra algunos funcionamientos que podría describirse como el de un niño un poco mas joven de su edad. (5)
- En relación con los compañeros de la misma edad, este niño ocasionalmente muestra algunas habilidades esperadas de su edad, pero más de sus habilidades no son todavía de edad esperada. (4)
- En relación con los compañeros de la misma edad, este niño todavía no está usando habilidades que se esperan para su edad, pero utiliza muchas habilidades fundamentales importantes sobre el cual construir. (3)
- En relación con los compañeros de la misma edad, este niño está demostrando algunas habilidades fundamentales emergentes o inmediatas sobre el cual construir. (2)
- En relación con los compañeros de la misma edad, el funcionamiento de este niño podría describirse como la de un niño bastante mas joven de su edad. Él / ella muestra algunas habilidades tempranas, pero aún no hay habilidad de funcionamiento inmediato o habilidades de edad esperada. (1)

	<b>Resultados</b>	<b>Clasificación numérica (Elige uno para cada Resultado)</b>	<b>Sólo salida: ¿Ha progresado este niño en este resultado? (Elige uno para cada Resultado)</b>
1	<b>Habilidades sociales emocionales positivas (Incluyendo las relaciones sociales)</b>		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
2	<b>Aprender y usar conocimientos y habilidades</b>		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
3	<b>Tomar medidas para satisfacer sus necesidades</b>		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
No hay calificación de salida debido a: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Niño inscribió menos de 6 meses</li> <li><input type="checkbox"/> Falta de información debido a la pérdida de contacto con el niño/familia</li> </ul>			

# Plan de Servicio Familiar Individualizado de Intervención Temprana de RI

## Resultados del Niño y la Familia

Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      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. Los haremos medibles para poder seguir el progreso.

<p># <input type="text"/> a.) ¿Qué queremos que suceda para nuestro hijo / familia como resultado de los apoyos y servicios de Intervención Temprana?</p>	<p>Fecha que fue escrito / /</p> <p>Fecha de revisión / /</p>
<p>b.) ¿Cómo sabremos si su hijo/familia ha hecho progresos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> IFSP Anual Otros</p> <p>Iniciales de los padres</p>
<p>c.) Revisión del Progreso: El resultado es: <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Logrado <input type="checkbox"/> Modificado/Nuevo Resultado Escrito</p>	<p>Revisión adicional: Fecha de revisión / /</p> <p>Iniciales de los padres</p>
<p># <input type="text"/> a.) ¿Qué queremos que suceda para nuestro hijo / familia como resultado de los apoyos y servicios de Intervención Temprana?</p>	<p>Fecha que fue escrito / /</p> <p>Fecha de revisión / /</p>
<p>b.) ¿Cómo sabremos si su hijo/familia ha hecho progresos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> IFSP Anual Otros</p> <p>Iniciales de los padres</p>
<p>c.) Revisión del Progreso: El resultado es: <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Logrado <input type="checkbox"/> Modificado/Nuevo resultado escrito.</p>	<p>Revisión adicional: Fecha de revisión / /</p> <p>Iniciales de los padres</p>

## Plan Individualizado de Servicios Familiar de Rhode Island

Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      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. Los haremos medibles para poder seguir el progreso.*

<p><b># _____ a.) ¿Qué queremos que suceda para nuestro hijo / familia como resultado de los apoyos y servicios de Intervención Temprana?</b></p>	<p><b>Fecha que fue escrito</b> / /</p> <p><b>Fecha de revisión</b> / /</p> <p><input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> IFSP Anual Otros</p> <p><b>Iniciales de los padres</b></p>
<p><b>b.) ¿Cómo sabremos si su hijo/familia ha hecho progresos?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> IFSP Anual Otros</p> <p><b>Iniciales de los padres</b></p>
<p><b>c.) Revisión del Progreso: El resultado es: <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Logrado <input type="checkbox"/> Modificado/Nuevo Resultado Escrito.</b></p>	<p><b>Revisión adicional:</b></p> <p><b>Fecha de revisión</b> / /</p> <p><b>Iniciales de los padres</b></p>
<p><b># _____ a.) ¿Qué queremos que suceda para nuestro hijo / familia como resultado de los apoyos y servicios de Intervención Temprana?</b></p>	<p><b>Fecha que fue escrito</b> / /</p> <p><b>Fecha de revisión</b> / /</p> <p><input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> IFSP Anual Otros</p> <p><b>Iniciales de los padres</b></p>
<p><b>b.) ¿Cómo sabremos si su hijo/familia ha hecho progresos?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Periódico /6 Me. <input type="checkbox"/> IFSP Anual Otros</p> <p><b>Iniciales de los padres</b></p>
<p><b>c.) Revisión del Progreso: El resultado es: <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Logrado <input type="checkbox"/> Modificado/Nuevo resultado escrito.</b></p>	<p><b>Revisión adicional:</b></p> <p><b>Fecha de revisión</b> / /</p> <p><b>Iniciales de los padres</b></p>

# Plan Individualizado de Servicios Familiar de Rhode Island

Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

Marque y fecha de la area aplicable <input type="checkbox"/> Interino : <input type="checkbox"/> Inicial: <input type="checkbox"/> Anual:	<input type="checkbox"/> Actualización :
---	--

*Servicios y apoyos serán determinados después de que los resultados funcionales del IFSP se desarrollen .*

Servicio de IT	Proveedor (Nombre)	Lugar	Método I/G	** Medio Ambiente Natural Si/No	Frecuencia (# de veces por semana/mes)	Intensidad (duración de la sesión)	Fecha de Iniciación	Duración (meses)	Estado A Añadir E Terminar

**\* Si NO, completar la página I4 “Plan para Proporcionar servicios en el ambiente natural”**

<p><b>Servicios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tecnología asistiva</li> <li>• Audiología</li> <li>• Entrenamiento de familia/Consejería</li> <li>• Servicios de enfermería</li> <li>• Nutrición</li> <li>• Terapia ocupacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia física</li> <li>• Psicología</li> <li>• Trabajo social</li> <li>• Terapia del Habla/Lenguaje</li> <li>• Visión</li> </ul>	<p><b>Códigos de Localización :</b></p> <p><b>H</b>(Hogar) <b>C</b> (Comunidad)  <b>EIGC</b> (El Grupo en la Comunidad)  <b>CB</b> (Centro Basado) <b>NIA</b> (No Aplicable )</p>	<p><b>Método</b></p> <p><b>I</b> (Individual)  <b>G</b> (Grupo)</p>
--	--	---	---

Coordinación de Servicio se proporciona para coordinar servicios en el IFSP 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 cubiertos por Intervención Temprana, contribuyen a este plan )

Programa/Agencia	Contacto	Estado

**Complete esta sección para actualizaciones y revisiones anual de IFSP solamente.**

Consentimiento de Padres: Entiendo y estoy de acuerdo con los cambios en los servicios en el IFSP enumerados anteriormente. También entiendo que este es mi aviso por escrito antes de iniciar los servicios mencionados anteriormente.

Firma de los Padres/Cuidador:      Fecha.      /      /



# Plan para Proporcionar Servicios En el Medio Ambiente Natural

Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

## Servicio/Lugar:

**Explicar por qué el (los) resultado (s) del niño (a) no podría lograrse si se proporciona los servicio 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:**      /      /       Continúe       Cambiar       Logrado

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

**Fecha de revisión:**      /      /       Continuar       Cambiar       Logrado

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

## Plan Individualizado de Servicios Familiar de Rhode Island

Nombre del niño      Fecha de nacimiento      /      /      Edad      ID      Fecha      /      /

### Reconocimiento del IFSP

- Doy mi consentimiento para implementar este Plan Individualizado de Servicios Familiar para mi hijo y familia como escrito
- Doy mi consentimiento para implementar este Plan Individualizado de Servicios Familiar para mi hijo y mi familia con los siguientes cambios:
  - Entiendo que los servicios de Intervención Temprana serán pagados por seguro médico privado, Medicaid, o fondos del estado.
  - Entiendo que este es mi aviso previo por escrito para comenzar los servicios listados en el IFSP.
  - He recibido una copia de mis garantías procesales. Estos derechos han sido explicados y los entiendo.

Firma de los Padres/Cuidador      Fecha:

Otro miembro del equipo      Fecha:

#### ~~Solo Para IFSPs Interinos~~

Entiendo que esto es un IFSP interino y que es un plan temporal desarrollado para niños elegibles para Intervención Temprana y necesitan servicios inmediatos. También entiendo que un IFSP en completo aún necesita ser finalizado.

Iniciales de Padres:      Fecha:      /      /