



BabyNet

South Carolina's Early Intervention System

Plan de servicio familiar individualizado (IFSP por sus siglas en inglés)
para _____

Fecha de la derivación: _____ Fecha del plan: _____

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección del hogar: _____

Ciudad: _____ Estado: SC Código postal: _____

Sexo: Masculino Femenino Raza: _____

Nombre del distrito escolar y/o Head Start _____

Número de seguro social: _____ Número de Medicaid: _____

Nombre de la compañía de seguro privado y número de póliza: _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN GENERAL DE CONTACTO

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Relación con el niño: _____
Primer nombre Apellido

Dirección del hogar: _____

Instrucciones para llegar al hogar: _____

Número de teléfono de la casa: _____ Trabajo: _____ Otro: _____

Correo electrónico: _____

Lengua/forma de comunicación primaria: _____ Necesita intérprete Sí No

Necesita un padre/madre sustituto: Sí No Fecha del nombramiento: _____

Otra información de contacto

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Número de teléfono: _____ Otro número de teléfono: _____

SECCIÓN 3: EL PROVEEDOR DE COORDINACIÓN DE SERVICIOS

Nombre del coordinador (inicial) de BabyNet: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del coordinador (actual) de BabyNet: _____

Agencia del proveedor de coordinación de servicios: _____ Número de teléfono: _____

Otro número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

SECCIÓN 4: SEGUIMIENTO DEL IFSP

Fecha de la reunión del IFSP:

Tipo de IFSP: Inicial Anual

Fechas previstas de reunión del equipo del IFSP:

Revisión de los 6 meses

Evaluación anual

Transición

Fecha en que el IFSP fue enviado por correo:

Familia

Otros miembros del equipo del IFSP

Proveedor de cuidado

SECCIÓN 5A: OPINIÓN DE LA FAMILIA SOBRE LA SALUD ACTUAL DEL NIÑO

Refiérase al historial de nacimiento y salud temprana de BabyNet al completar esta sección

Proveedor de cuidado de salud primario:

¿Tiene su niño un proveedor de cuidado de salud primario? No Sí

Si la respuesta es no, debería haber un vínculo con un proveedor (reflejado como una meta de coordinación de servicios)

Proveedor de cuidado de salud primario: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Salud en general:

¿Hay algo en la salud física o mental actual de su niño, incluyendo diagnóstico(s), que el equipo deba saber para poder planear de mejor manera abordar las prioridades y preocupaciones de usted y su familia? No Sí Si la respuesta es sí, por favor describa:

Medicamentos que toma rutinariamente

Razón por el medicamento

Medicamentos que toma rutinariamente	Razón por el medicamento

¿Tiene su niño alguna alergia? No Sí Si la respuesta es sí, por favor liste:

Alergia

Reacción

Alergia	Reacción

Name (Last, First, MI) _____
 DOB: _____
 Baby Trac # _____
 Medicaid # _____
 CARES # _____

SECCIÓN 5A: OPINIÓN DE LA FAMILIA SOBRE LA SALUD ACTUAL DEL NIÑO, CONTINUACIÓN:

Refiérase al historial de nacimiento y salud temprana de BabyNet al completar esta sección

¿Usa su niño cualquier equipo médico especializado, i.e., oxígeno, pulsioximetría, tubo de alimentación, ventilador?

No Sí

Si la respuesta es sí, por favor liste:

Audición: ¿Se ha examinado la audición de su niño? No Sí

Si la respuesta es sí, Fecha: _____ Nombre del médico: _____ (si la cita fue en el lapso de los 6 meses previos a la derivación a BabyNet, pida el reporte y NO complete el cuestionario de audición y visión familiar)

Resultados de la evaluación de audición:

Si la respuesta es no, prosiga con el cuestionario de audición y visión e indique los resultados:

Aprobado Seguimiento Derivación

Derivación a (nombre del médico) _____ Fecha de la cita: _____

Comentario de la familia u otros miembros del equipo del IFSP

Visión: ¿Se ha examinado la visión de su niño? No Sí

Si la respuesta es sí, Fecha: _____ Nombre del médico: _____ (si la cita fue en el lapso de los 6 meses previos a la derivación a BabyNet, pida el reporte y NO complete el cuestionario de audición y visión familiar)

Resultados de la evaluación de visión:

Si la respuesta es no, prosiga con el cuestionario de audición y visión e indique los resultados: Aprobado

Seguimiento Derivación

Derivación a (nombre del médico): _____ Fecha de la cita: _____

Comentario de la familia u otros miembros del equipo del IFSP

Nutrición: ¿Hay alguna preocupación sobre la comida, nutrición en general y crecimiento de su niño? No Sí

Fórmula especial (Especifique _____) Evita ciertas texturas Alergia a comidas

Tubo de alimentación (bolo y/o bomba continua) Sólo come ciertas comidas Régimen especial

Otro, liste por favor (p. ej.: hace la transición de la alimentación del tubo a la alimentación oral):

Si la respuesta es sí a cualquiera de las condiciones listadas anteriormente, por favor describa:

Comentario de la familia u otros miembros del equipo del IFSP:

Salud bucal: ¿se han revisado los dientes o la boca de su niño? No Sí

Si la respuesta es sí, Fecha: _____ Nombre del médico: _____

¿Por cuánto tiempo su niño ha usado (usó): Biberón: _____ Meses/años Chupete: _____ Meses/años?

¿Ha tomado su niño cualquiera de los siguientes medicamentos por un periodo de tiempo extendido (3 meses o más)?

Medicamentos para los ataques Antibióticos recetados

Si la respuesta es sí a cualquiera de estas condiciones, por favor describa:

Comentario de la familia u otros miembros del equipo del IFSP

SECCIÓN 5B: PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD:

Nombre del proveedor _____ Especialidad _____
Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor _____ Especialidad _____
Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor _____ Especialidad _____
Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor _____ Especialidad _____
Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor _____ Especialidad _____
Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor _____ Especialidad _____
Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor _____ Especialidad _____
Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor _____ Especialidad _____
Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor _____ Especialidad _____
Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor _____ Especialidad _____
Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor _____ Especialidad _____
Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor _____ Especialidad _____
Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del proveedor _____ Especialidad _____
Dirección _____ Teléfono _____

Name (Last, First, MI) _____
DOB: _____
Baby Trac # _____
Medicaid # _____
CARES # _____

SECCIÓN 6A: OPINIÓN DE LA FAMILIA SOBRE EL NIVEL DE FUNCIÓN ACTUAL DEL NIÑO:

Socioemocional: ¿Tiene usted preocupación sobre **las habilidades sociales** o el **desarrollo emocional** de su niño? No Sí

- | | | |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sonríe | <input type="checkbox"/> Se ríe | <input type="checkbox"/> Expresa incomodidad/comodidad |
| <input type="checkbox"/> Le interesan los niños de la misma edad | <input type="checkbox"/> Responde al cuidador primario | <input type="checkbox"/> Le produce ansiedad cuando se separa de su cuidador primario |
| <input type="checkbox"/> Muestra emociones diferentes | <input type="checkbox"/> Muestra afecto a personas conocidas | |

Otros comentarios (si son necesarios)

Comunicación: ¿Le preocupan las **habilidades de comunicación** de su niño? No Sí

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sigue los movimientos o sonidos con los ojos | <input type="checkbox"/> Sonríe | <input type="checkbox"/> Usa palabras sueltas/frases cortas |
| <input type="checkbox"/> Gruñe | <input type="checkbox"/> Señala | <input type="checkbox"/> Habla en oraciones |
| <input type="checkbox"/> Balbucea, no usa palabras | <input type="checkbox"/> Indica qué quiere/necesita (por miradas, sonidos, gestos, palabras) | |

Otros comentarios (si son necesarios)

Cognoscitiva: ¿Le preocupan el **pensamiento** y las **habilidades de resolver problemas** de su niño? No Sí

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sigue los movimientos con los ojos | <input type="checkbox"/> Mira los libros de cuentos, señala las ilustraciones, regularmente nombrando las cosas | <input type="checkbox"/> Se concentra en actividades de interés por periodos de tiempo corto |
| <input type="checkbox"/> Coloca objetos pequeños dentro y fuera de contenedores | <input type="checkbox"/> Imita acciones y palabras de adultos | <input type="checkbox"/> Puede poner dos objetos similares juntos |
| <input type="checkbox"/> Reconoce a personas conocidas | | |

Otros comentarios (si son necesarios)

De autoayuda: ¿Le preocupan las **habilidades de autoayuda** de su niño? No Sí

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solamente le alimenta con fórmula/leche materna | <input type="checkbox"/> Necesita ser alimentado | <input type="checkbox"/> Necesita ser vestido |
| <input type="checkbox"/> Chupa-traga-respira coordinadamente | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para comer | <input type="checkbox"/> Coopera al vestirlo |
| <input type="checkbox"/> Agarra el biberón | <input type="checkbox"/> Come con los dedos | <input type="checkbox"/> Se quita los calcetines, zapatos |
| <input type="checkbox"/> Chupa/mastica galletas | <input type="checkbox"/> Se alimenta a sí mismo con una cuchara | <input type="checkbox"/> Se viste a sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Come solamente alimentos suaves | <input type="checkbox"/> Se alimenta a sí mismo con un tenedor | <input type="checkbox"/> Está en la etapa de entrenamiento para usar el baño |
| <input type="checkbox"/> Come alimentos sólidos | <input type="checkbox"/> Usa pañales | <input type="checkbox"/> Está completamente entrenado para usar el baño |

Otros comentarios (si son necesarios)

De habilidades motoras:

- ¿Tiene alguna preocupación acerca de la forma en que su niño **se mueve**? No Sí
- | | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> La cabeza necesita apoyo | <input type="checkbox"/> Puede agarrar objetos con los dedos | <input type="checkbox"/> Se levanta con la ayuda de un mueble |
| <input type="checkbox"/> Mantiene la cabeza firme | <input type="checkbox"/> Juega con juguetes, una mano | <input type="checkbox"/> Camina agarrándose de objetos |
| <input type="checkbox"/> Aplauda, juega a las palmaditas | <input type="checkbox"/> Juega con juguetes, dos manos | <input type="checkbox"/> Camina con ayuda |
| <input type="checkbox"/> Se da la vuelta | <input type="checkbox"/> Se desplaza sentado | <input type="checkbox"/> Camina independientemente |
| <input type="checkbox"/> Se sienta con apoyo | <input type="checkbox"/> Gatea con las manos y rodillas | <input type="checkbox"/> Corre |
| <input type="checkbox"/> Puede agarrar objetos con la mano | | |

Otros comentarios (si son necesarios)

SECCIÓN 6B: EVALUACIÓN DEL NIVEL DE FUNCIÓN ACTUAL DEL NIÑO

Fecha del IFSP

Nombre del niño

Edad cronológica o edad ajustada al momento de una evaluación curricular (CBA por sus siglas en inglés)
_____ años ___ meses

Herramienta de CBA:

Nombre y agencia del proveedor de CBA, *por favor use letra imprenta:*

Fortalezas generales del niño, estrategias exitosas usadas en la evaluación y factores que han podido afectar el proceso de evaluación.

Resultados de CBA en el dominio socioemocional

Habilidades socioemocionales que el niño actualmente demuestra:

Habilidades recién aprendidas/emergentes:

Habilidades todavía no aprendidas:

Porcentaje de retraso o puntaje alcanzado en los objetivos de área de este dominio:

Fecha en que CBA fue llevado a cabo

Firma del proveedor de CBA

SECCIÓN 6B: EVALUACIÓN DEL NIVEL DE FUNCIÓN ACTUAL DEL NIÑO, CONTINUACIÓN

Resultados de CBA en el dominio cognoscitivo

Habilidades cognitivas que el niño actualmente demuestra:

Habilidades recién aprendidas/emergentes:

Habilidades todavía no aprendidas:

Porcentaje de retraso o el puntaje de objetivos de área en este dominio:

Resultados de CBA en el dominio comunicativo

Habilidades de comunicación que el niño actualmente demuestra:

Habilidades recién aprendidas/emergentes:

Habilidades todavía no aprendidas:

Porcentaje de retraso o puntaje alcanzado en los objetivos de área de este dominio:

Fecha en que CBA fue llevado a cabo

Firma del proveedor de CBA

SECCIÓN 6B: EVALUACIÓN DEL NIVEL DE FUNCIÓN ACTUAL DEL NIÑO

Resultados de CBA en el dominio de autoayuda/adaptación

Habilidades de autoayuda/adaptación que el niño actualmente demuestra:

Habilidades recién aprendidas/emergentes:

Habilidades todavía no aprendidas:

Porcentaje de retraso o puntaje alcanzado en los objetivos de área de este dominio:

Resultados de CBA en el dominio motriz

Habilidades motoras gruesas que el niño actualmente demuestra:

Habilidades motoras finas que el niño actualmente demuestra:

Habilidades motoras gruesas recién aprendidas/emergentes:

Habilidades motoras recién aprendidas/emergentes

Habilidades motoras gruesas todavía no aprendidas:

Habilidades motoras finas todavía no aprendidas

Porcentaje de retraso o puntaje alcanzado en los objetivos de área de este dominio:

Porcentaje de retraso o puntaje alcanzado en los objetivos de área de este dominio:

Fecha en que CBA fue llevado a cabo

Firma del proveedor de CBA

SECCIÓN 6C: OPINIÓN DE OTROS MIEMBROS DEL EQUIPO SOBRE EL NIVEL DE FUNCIÓN ACTUAL DEL NIÑO

Debe ser completada en la primera revisión del plan por el equipo de IFSP y en cada reunión anual del equipo del IFSP

Habilidades socioemocionales:

Habilidades cognitivas:

Habilidades de comunicación:

Habilidades de autoayuda:

Habilidades motoras:

SECCIÓN 7: RECURSOS, PRIORIDADES Y PREOCUPACIONES DE LA FAMILIA (PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA DE LA FAMILIA)

La familia declinó la evaluación de recursos, prioridades y preocupaciones familiares

Iniciales del padre/ madre _____

Fecha en que la evaluación de la familia fue completada:

Yo tengo preguntas o necesito ayuda para mi niño en las siguientes áreas: (marque todas las que apliquen)

- | | |
|-----|-----------------------------------------------------------|
| 1. | Moverse (gatear, desplazarse sentado, voltearse, caminar) |
| 2. | Habilidad de mantener posiciones para jugar |
| 3. | Hablar y escuchar |
| 4. | Pensar, aprender, jugar con juguetes |
| 5. | Alimentación, comer, nutrición |
| 6. | Divertirse/llevarse bien con otros niños |
| 7. | Comportamientos/interacciones apropiadas |
| 8. | Expresar los sentimientos |
| 9. | Aseo personal; vestirse; acostarse; otras rutinas diarias |
| 10. | Ayudar a que mi niño se calme, se calle |
| 11. | Dolor o malestar |
| 12. | Necesidades especiales en el cuidado de la salud. |

Otro

Comentarios de la familia con respecto a preocupaciones identificadas por ellos sobre su niño (incluyendo cualquiera no listado):

Me gustaría compartir las siguientes preocupaciones y prioridades para mí mismo, otros familiares o mi niño (marque todas las que apliquen):

- | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Aprender más sobre cómo ayudar a mi niño crecer y desarrollarse |
| 2. | Encontrar o trabajar con doctores u otros especialistas |
| 3. | Aprender más sobre cómo funcionan los diferentes servicios o cómo podrían funcionar mejor para mi familia |
| 4. | Planear para el futuro; qué esperar |
| 5. | Aprender sobre la crianza de los hijos |
| 6. | Personas que pueden ayudarme en casa o que pueden cuidar a mi niño para que nosotros podamos/yo pueda tener un descanso; cuidado de respiro. |
| 7. | Cuidado infantil |
| 8. | Vivienda, ropa, trabajo, comida o teléfono |
| 9. | Información sobre las necesidades especiales de mi niño y qué significan |
| 10. | Ideas para hermanos, hermanas, amigos, miembros de la familia |
| 11. | Dinero para costos extras por las necesidades especiales de mi niño |
| 12. | Conexión con una red de padres para conocer a otras familias, obtener información sobre: <input type="checkbox"/> P2P (persona a persona)
<input type="checkbox"/> PTIC (Centro de entrenamiento e información para los padres)
<input type="checkbox"/> CRS (Servicios de rehabilitación para niños) |

Otro

Comentarios de la familia con respecto a las prioridades de la familia identificadas por ellos (incluyendo cualquiera no listado):

Fortalezas, recursos que nuestra familia tiene para satisfacer las necesidades de nuestro niño (**tiene que** incluir declaraciones acerca del hogar de la familia y rutinas y actividades comunitarias)

SECCIÓN 8: ELEGIBILIDAD

IFSP INICIAL

Fecha de determinación de elegibilidad: _____
 Marque una de las siguientes:

Inelegible

Riesgo establecido: documentación escrita de un diagnóstico listado en el manual de BabyNet.

Riesgo establecido (no especificado de otra forma): Confirmación por escrito por un pediatra especializado de DHEC que la condición del niño o el diagnóstico llena los criterios de elegibilidad.

Diagnóstico(s):

Retraso en el desarrollo basado en una evaluación curricular (CBA por sus siglas en inglés) como se documenta abajo.

Retraso en el desarrollo determinado por opinión experta basada en la práctica clínica y documentado en el formulario de Opinión clínica (ICO por sus siglas en inglés) según los requisitos del manual de BabyNet.

IFSP ANUAL

Fecha del IFSP: _____
 Marque uno de los siguientes:

Ya no es elegible

Riesgo establecido: la condición anteriormente documentada continúa.

Riesgo establecido: (no especificado de otra forma) la condición anteriormente documentada continúa.

Retraso en el desarrollo: La evaluación curricular (CBA por sus siglas en inglés) revela un retraso mayor del 15% en cualquiera de los dominios.
 (Evaluación ANUAL del IFSP únicamente. La elegibilidad continúa a menos que el nivel de rendimiento actual en todos los dominios haya progresado para estar dentro de los límites normales [eso es, los retrasos son iguales a o menores de 15% en todos los dominios]).

IDEA/Parte C (BabyNet) los servicios deben continuar para poder (marque uno)

Prevenir regresión (pérdidas en el desarrollo)

Continuar los avances en el desarrollo

Ayudar al niño a alcanzar el nivel de desarrollo de niños de la misma edad.

Herramienta de la Evaluación Curricular (CBA) que se usó:

Retraso según el dominio del desarrollo (porcentaje o puntaje alcanzado en los objetivos de área)

Socioemocionales _____
 Cognoscitivo _____
 Comunicación _____

Autoayuda _____
 Motriz grueso _____
 Motriz fino _____

Determinación de elegibilidad. Firmas del equipo, Participación

Nombre (letra imprenta)	Firma	Agencia	En sitio	Fuera de sitio

SECCIÓN 10A: META CENTRADA EN EL NIÑO/LA FAMILIA

Una meta es la declaración de un cambio que la familia quisiera ver suceder para ellos mismos o para su niño

Meta #:	Fecha de la meta:	Fecha objetivo:
---------	-------------------	-----------------

META: ¿Qué conocimientos, habilidades o comportamientos nos gustaría aprender o ver que nuestro niño aprende?

MEDICIÓN DEL PROGRESO:
¿Qué diferencia hará para nuestro niño y/o familia?

¿Cómo sabremos cuando la meta haya sido alcanzada? Liste las habilidades específicas de CBA que son los componentes de esta meta.

Apoyos naturales: Ideas, estrategias y personas que se necesitan para alcanzar esta meta entre las rutinas, actividades y lugares cotidianos del niño.

Adaptación y/o modificaciones: Acomodaciones especiales/adaptaciones/equipo que pueden ayudar a que esto pase (tecnología de asistencia)

Servicios que se necesitan considerar: ¿Qué servicios de la parte C y/u otros servicios son necesarios para poder alcanzar esta meta entre las rutinas, actividades y lugares cotidianos?

¿Se proveerán todos los servicios dentro del hogar y las rutinas y actividades comunitarias del niño?
 Sí No: Si la respuesta es no, marque una: Condiciones médicas/del desarrollo Ningún proveedor disponible
 Otro:

JUSTIFICACIÓN/EXPLICACIÓN DE SERVICIOS DE LA PARTE C FUERA DEL AMBIENTE NATURAL: ¿Cuáles son las condiciones del desarrollo, condiciones médicas u otras condiciones que necesitarían que se proporcionara el servicio fuera del hogar de la familia y las rutinas y actividades comunitarias?

Servicio	Describa cualquier intervención y/o esfuerzos para proporcionar servicios en rutinas, actividades y lugares cotidianos (RAPs por sus siglas en inglés) que se hayan realizado y el porqué el equipo ha determinado que estos fracasaron. La justificación debe incluir un plan que muestre cómo los servicios proporcionados en un escenario especializado serán generalizados dentro de los RAPs del niño.

Name (Last, First, MI) _____
DOB: _____
Baby Trac # _____
Medicaid # _____
CARES # _____

SECCIÓN 10A: META CENTRADA EN EL NIÑO/LA FAMILIA

Una meta es la declaración de un cambio que la familia quisiera ver suceder para ellos mismos o para su niño

Meta #:

Fecha de la meta:

Fecha objetivo:

META: ¿Qué conocimientos, habilidades o comportamientos nos gustaría aprender o ver que nuestro niño aprenda?

MEDICIÓN DEL PROGRESO:

¿Qué diferencia hará para nuestro niño y/o familia?

¿Cómo sabremos cuando la meta haya sido alcanzada? Liste las habilidades específicas de CBA que son los componentes de esta meta.

Apoyos naturales: Ideas, estrategias y personas que se necesitan para alcanzar esta meta entre las rutinas, actividades y lugares cotidianos del niño.

Adaptación y/o modificaciones: Acomodaciones especiales/adaptaciones/equipo que pueden ayudar a que esto pase (tecnología de asistencia)

Servicios que se necesitan considerar: ¿Qué servicios de la parte C y/u otros servicios son necesarios para poder alcanzar esta meta entre las rutinas, actividades y lugares cotidianos?

¿Se proveerán todos los servicios dentro del hogar y las rutinas y actividades comunitarias del niño?

Sí No: Si la respuesta es no, marque una: Condiciones médicas/del desarrollo Ningún proveedor disponible
 Otro:

JUSTIFICACIÓN/EXPLICACIÓN DE SERVICIOS DE LA PARTE C FUERA DEL AMBIENTE NATURAL: ¿Cuáles son las condiciones del desarrollo, condiciones médicas u otras condiciones que necesitarían que se proporcionara el servicio fuera del hogar de la familia y las rutinas y actividades comunitarias?

Servicio

Describa cualquier intervención y/o esfuerzos para proporcionar servicios en rutinas, actividades y lugares cotidianos (RAPs por sus siglas en inglés) que se hayan realizado y el porqué el equipo ha determinado que estos fracasaron. La justificación debe incluir un plan que muestre cómo los servicios proporcionados en un escenario especializado serán generalizados dentro de los RAPs del niño.

SECCIÓN 10A: META CENTRADA EN EL NIÑO/LA FAMILIA

Una meta es la declaración de un cambio que la familia quisiera ver suceder para ellos mismos o para su niño

Meta #:	Fecha de la meta:	Fecha objetivo:
---------	-------------------	-----------------

META: ¿Qué conocimientos, habilidades o comportamientos nos gustaría aprender o ver que nuestro niño aprenda?

MEDICIÓN DEL PROGRESO:
 ¿Qué diferencia hará para nuestro niño y/o familia?

¿Cómo sabremos cuando la meta haya sido alcanzada? Liste las habilidades específicas de CBA que son los componentes de esta meta.

Apoyos naturales: Ideas, estrategias y personas que se necesitan para alcanzar esta meta entre las rutinas, actividades y lugares cotidianos del niño.

Adaptación y/o modificaciones: Acomodaciones especiales/adaptaciones/equipo que pueden ayudar a que esto pase (tecnología de asistencia)

Servicios que se necesitan considerar: ¿Qué servicios de la parte C y/u otros servicios son necesarios para poder alcanzar esta meta entre las rutinas, actividades y lugares cotidianos?

¿Se proveerán todos los servicios dentro del hogar y las rutinas y actividades comunitarias del niño?
 Sí No: Si la respuesta es no, marque una: Condiciones médicas/del desarrollo Ningún proveedor disponible
 Otro:

JUSTIFICACIÓN/EXPLICACIÓN DE SERVICIOS DE LA PARTE C FUERA DEL AMBIENTE NATURAL: ¿Cuáles son las condiciones del desarrollo, condiciones médicas u otras condiciones que necesitarían que se proporcionara el servicio fuera del hogar de la familia y las rutinas y actividades comunitarias?

Servicio	Describa cualquier intervención y/o esfuerzos para proporcionar servicios en rutinas, actividades y lugares cotidianos (RAPs por sus siglas en inglés) que se hayan realizado y el porqué el equipo ha determinado que estos fracasaron. La justificación debe incluir un plan que muestre cómo los servicios proporcionados en un escenario especializado serán generalizados dentro de los RAPs del niño.

Name (Last, First, MI) _____
 DOB: _____
 Baby Trac # _____
 Medicaid # _____
 CARES # _____

Sección 10B: REVISIÓN PERIÓDICA DE LA META

Las metas pueden ser revisadas, modificadas y/o suspendidas en cualquier momento pero el periodo de revisión no debe exceder de 6 meses.

Véase la revisión de IFSP para considerar cambios; Revisión de los seis meses del IFSP e información sobre la Escala de Logro de Metas anual del IFSP en la siguiente página.

Meta #: **Fecha de revisión:** **Revisión para considerar cambios** **Revisión de los 6 meses**
 Evaluación anual

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Situación ha cambiado, ya no se necesita | <input type="checkbox"/> 5. Meta alcanzada o lograda, pero no a la satisfacción del equipo |
| <input type="checkbox"/> 2. Situación ha cambiado, se necesita todavía | <input type="checkbox"/> 6. Meta en su mayor parte alcanzada o lograda a la satisfacción del equipo |
| <input type="checkbox"/> 3. Intervención comenzada, se necesita todavía | <input type="checkbox"/> 7. Meta alcanzada o lograda a la entera satisfacción del equipo |
| <input type="checkbox"/> 4. Meta parcialmente alcanzada/lograda pero no a la satisfacción del equipo | |

Actualización del Plan de Justificación de los Ambientes Naturales (solamente condiciones del desarrollo/médicas)

Comentario:

Meta #: **Fecha de revisión:** **Revisión para considerar cambios** **Revisión de los 6 meses**
 Evaluación anual

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Situación ha cambiado, ya no se necesita | <input type="checkbox"/> 5. Meta alcanzada o lograda, pero no a la satisfacción del equipo |
| <input type="checkbox"/> 2. Situación ha cambiado, se necesita todavía | <input type="checkbox"/> 6. Meta en su mayor parte alcanzada o lograda a la satisfacción del equipo |
| <input type="checkbox"/> 3. Intervención comenzada, se necesita todavía | <input type="checkbox"/> 7. Meta alcanzada o lograda a la entera satisfacción del equipo |
| <input type="checkbox"/> 4. Meta parcialmente alcanzada/lograda pero no a la satisfacción del equipo | |

Actualización del Plan de Justificación de los Ambientes Naturales (solamente condiciones del desarrollo/médicas)

Comentario:

Meta #: **Fecha de revisión:** **Revisión para considerar cambios** **Revisión de los 6 meses**
 Evaluación anual

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Situación ha cambiado, ya no se necesita | <input type="checkbox"/> 5. Meta alcanzada o lograda, pero no a la satisfacción del equipo |
| <input type="checkbox"/> 2. Situación ha cambiado, se necesita todavía | <input type="checkbox"/> 6. Meta en su mayor parte alcanzada o lograda a la satisfacción del equipo |
| <input type="checkbox"/> 3. Intervención comenzada, se necesita todavía | <input type="checkbox"/> 7. Meta alcanzada o lograda a la entera satisfacción del equipo |
| <input type="checkbox"/> 4. Meta parcialmente alcanzada/lograda pero no a la satisfacción del equipo | |

Actualización del Plan de Justificación de los Ambientes Naturales (solamente condiciones del desarrollo/médicas)

Comentario:

Name (Last, First, MI) _____
DOB: _____
Baby Trac # _____
Medicaid # _____
CARES # _____

SECCION 12: PLANIFICACIÓN PARA LA TRANSICIÓN

Transición de Parte C	Fecha objetivo	Fecha completada	Individual responsable
Platique con los padres para concientizarles acerca de futuras colocaciones, qué significa la "transición" del sistema de BabyNet (BN), y lo que podemos hacer para planificar para esta transición. Investigue servicios educativos preescolares tanto como opciones en programas comunitarios.	IFSP inicial		
Platique con los padres para concientizarles acerca de las diferencias entre los servicios de BabyNet y los servicios relacionados con la educación bajo Parte B de IDEA.	2 años de edad		
Platique con la familia sobre la necesidad de tener vacunas actualizadas.	2 años de edad		
Determine la necesidad de establecer nuevas metas en el IFSP para abordar conocimientos, habilidades y comportamientos relacionados con la transición. Meta # ____ Meta # ____ Meta # ____ Meta # ____ Meta # ____	ISFP más cercano a 2 años de edad		
Como parte de los esfuerzos del distrito escolar local de localizar niños, BabyNet mandará al distrito escolar _____ el nombre y fecha de nacimiento de su niño, junto con el nombre, dirección y número de teléfono de usted, cuando el niño cumpla 2 años de edad a más tardar.	2 años de edad a más tardar		
Con el permiso de los padres haga una derivación a la Agencia de Educación Local (LEA por sus siglas en inglés) y mande la información/expedientes del niño a LEA para asegurar continuidad en los servicios cuando el niño tenga 2 años y 6 meses a más tardar. Se deberían incluir la evaluación y valoración de información y los ISFPs. Utilice el <i>Formulario de derivación para iniciar la transición (Transition Referral Form)</i> con la Sección 2 completada.	2 años y 6 meses a más tardar		
Al recibir permiso escrito, mande la información/los expedientes especificados a programas comunitarios para facilitar la entrega de servicios o la transición del programa de Intervención Temprana de BabyNet.	2 años y 6 meses a más tardar		
La reunión para planificar la transición debe ser no menos de 90 días antes de que el niño cumpla 3 años y no más de 9 meses antes de esta fecha.	2 años y 9 meses a más tardar		
Complete las actividades especificadas en la sección Plan de Transición del formulario <i>Reunión para planear la transición (Transition Conference Form)</i> .	3 años de edad		
Coordinador de Servicios para BabyNet (BN) asiste a la reunión del Plan de educación individualizado (IEP por sus siglas en inglés) a petición de los padres	3 años de edad		

Name (Last, First, MI) _____
 DOB: _____
 Baby Trac # _____
 Medicaid # _____
 CARES # _____

SECCIÓN 13: SERVICIOS DE BABYNET Añada servicio Suspenda servicio Continúe servicio Fecha del IFSP vinculado con el servicio: Padres rechazan/piden suspensión de este servicio Iniciales del padre/la madre: Fecha:

Código de servicio de BN y nombre: Metas del IFSP que necesitan ser abordadas:

Proveedor: Fecha de inicio prevista: Fecha de terminación prevista:

Fecha de inicio real: Fecha de terminación real: CÓDIGO de Método: CÓDIGO(S) de Fondos:

CÓDIGO de Ubicación: Duración de la visita en minutos Número de visitas: Semana Mes
 Cada dos meses
 Cada tres mesesViajes solamente: Si es necesario, ¿se ha justificado la ubicación del servicio?
 No Sí CÓDIGO: No Sí

Si el niño está esperando servicios, deje "Fecha de inicio" y "Proveedor" en blanco y escriba el CÓDIGO correspondiente por la demora:

SECCIÓN 13: SERVICIOS DE BABYNET Añada servicio Suspenda servicio Continúe servicio Fecha del IFSP vinculado con el servicio: Padres rechazan/piden suspensión de este servicio Iniciales del padre/la madre: Fecha:

Código de servicio de BN y nombre: Metas del IFSP que necesitan ser abordadas:

Proveedor: Fecha de inicio prevista: Fecha de terminación prevista:

Fecha de inicio real: Fecha de terminación real: CÓDIGO de Método: CÓDIGO(S) de Fondos:

CÓDIGO de Ubicación: Duración de la visita en minutos Número de visitas: Semana Mes
 Cada dos meses
 Cada tres mesesViajes solamente: Si es necesario, ¿se ha justificado la ubicación del servicio?
 No Sí CÓDIGO: No Sí

Si el niño está esperando servicios, deje "Fecha de inicio" y "Proveedor" en blanco y escriba el CÓDIGO correspondiente por de la demora:

SECCIÓN 13: SERVICIOS DE BABYNET Añada servicio Suspenda servicio Continúe servicio Fecha del IFSP vinculado con el servicio: Padres rechazan/piden suspensión de este servicio Iniciales del padre/la madre: Fecha:

Código de servicio de BN y nombre: Metas del IFSP que necesitan ser abordadas:

Proveedor: Fecha de inicio prevista: Fecha de terminación prevista:

Fecha de inicio real: Fecha de terminación real: CÓDIGO de Método: CÓDIGO(S) de Fondos:

CÓDIGO de Ubicación: Duración de la visita en minutos Número de visitas: Semana Mes
 Cada dos meses
 Cada tres mesesViajes solamente: Si es necesario, ¿se ha justificado la ubicación del servicio?
 No Sí CÓDIGO: No Sí

Si el niño está esperando servicios, deje "Fecha de inicio" y "Proveedor" en blanco y escriba el CÓDIGO correspondiente por la demora:

SECCIÓN 14: CONSENTIMIENTO INICIAL Y ANUAL DEL IFSP Y FIRMAS DEL EQUIPO

Apuntes de la reunión del IFSP:

Tipo de IFSP: IFSP inicial Revisión para considerar cambios Revisión de los 6 meses IFSP anual

Aceptación de los servicios de BabyNet Parte C recomendados por el equipo del IFSP

- Yo he recibido una copia de mis derechos bajo Parte C de IDEA (*Notificación de los derechos del niño y de la familia en el sistema Babynet = Notice of Child and Family Rights in the Babynet System*) y me los han explicado junto con este IFSP.
- Mi consentimiento es voluntario y basado en mi entendimiento de las actividades, las cuales me han sido explicadas en mi lengua o forma de comunicación primarias.
- Yo entiendo que mi consentimiento está vigente hasta el próximo IFSP o la próxima revisión del IFSP y que puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento.
- Yo entiendo que puedo rechazar un servicio o servicios sin poner en peligro cualquier otro(s) servicio(s) de Babynet que mi niño o mi familia reciba.
- Yo entiendo que mi IFSP será compartida entre los proveedores de servicios que implementan este IFSP, otras personas que yo identifique, y entidades dentro del sistema según los requisitos de reporte federales.

Yo he participado en el desarrollo de este plan, y doy mi consentimiento informado para que BabyNet lleve a cabo la(s) actividad(es) en este IFSP: Sí No

Firma(s) del padre/ madre:

Fecha:

Miembros del equipo del IFSP:

Códigos de Método: A = asistido S= teléfono con altavoz

E=evaluación solamente por escrito (no aplica a proveedores de servicios en proceso)

Firma/Nombre	Rol	Agencia (si aplica)	Código de Método	Fecha
	Coordinador de Servicios de BabyNet			

Name (Last, First, MI) _____
 DOB: _____
 Baby Trac # _____
 Medicaid # _____
 CARES # _____

