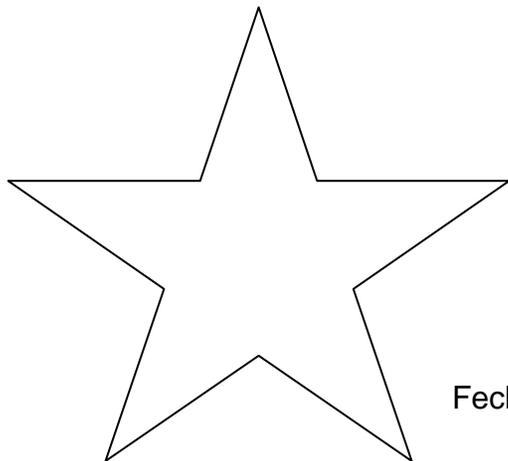


Evaluación Multidisciplinaria de Delaware
PLAN DE SERVICIO FAMILIAR INDIVIDUALIZADO
Para la Familia de



Fecha de Nacimiento _____

Número de ISIS _____

Fecha del Plan: _____

Fecha del Repaso: _____

MDA Only

Sección 1 Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del Plan: _____

<u>DELAWARE MDA/IFSP</u>			
<input type="checkbox"/> Interim (See section 11) Date: _____ <input type="checkbox"/> Annual Date: _____ <input type="checkbox"/> Review Date: _____			
Sex: _____ MCI/ISIS# _____ Eligibility (Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>) date: _____ Primary Language: _____			
Resident School District: _____		Eligibility Determination Method: <input type="checkbox"/> Dev. Delay <input type="checkbox"/> Established Condition <input type="checkbox"/> Clinical Judgment	
Nombre:	Padres: <input type="checkbox"/> Reside con el niño	Guardián/Familiar/Otro <input type="checkbox"/> Reside con el niño	Dirección de la agencia de cuidado sustituto/Nombre del trabajador <input type="checkbox"/> Reside con el niño
Dirección:			
Ciudad:			
Código Postal:			
Teléfono- Casa			
Teléfono- Trabajo			
Teléfono Celular:			
Email:			
Nombre del Doctor:		Teléfono del Doctor:	Número de Fax:
Compañía de Seguro/Número de la Póliza/asegurado:			
Compañía de Seguro/Número de la Póliza/asegurado:			
Preocupaciones actuales del niño y/o diagnóstico			
Coordinador de Servicio:		Número de Teléfono:	
Email:			

Sección 2 Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del Plan: _____

IDENTIFICANDO LOS AMBIENTES NATURALES DE APRENDIZAJE

PREFERENCIAS FUERZAS Y RECURSOS DEL NINO Y DE LA FAMILIA

Qué es tranquilizador para su hijo? ¿Cuál es la actividad favorita de su hijo (juguete, juego, tiempo para jugar)?
¿Cómo es la rutina diaria de su hijo/familia? ¿Con quién pasa su hijo su tiempo? ¿Con cuánta frecuencia/cuánto tiempo?
¿Qué es lo que hace bien su hijo? En la mayoría de los días, qué le va bien y qué le resulta difícil?
¿Quiénes forman su familia? ¿Hay familia extendida cercana y le dan apoyo a Ud. y su hijo?
¿Cómo van Ud. y su familia a los lugares adonde necesitan ir? ¿Tiene un asiento de seguridad para el carro?
¿Cómo satisface Ud. las necesidades de su hijo de tener oportunidades de relacionarse con otros niños? ¿Cuáles personas y agencias piensa Ud. que son útiles?
Información Adicional

Sección 4 Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del Plan: _____

FUERZAS Y PREOCUPACIONES SOBRE EL DESARROLLO DEL NIÑO

1. COGNITIVO:

Estas habilidades son la manera en que su hijo piensa y resuelve problemas. A una edad temprana, estas habilidades incluyen encontrar objetos que se han quitado de la vista, reconocer a si mismo como la causa de eventos, hacer juego con formas y colores sencillos, responder a uno y uno más, recordar detalles de un cuento sencillo y recordar dónde pertenecen las cosas en la casa.

Nivel Actual de Funcionamiento	Fuerzas/Recursos	Preocupaciones/Necesidades/ Prioridades
<u>Opiniones de la familia:</u>		
<u>Resultados de la Evaluación</u> Fecha: Evaluación: Edad cuando recibió la evaluación Edad Corregida: <u>Trace un círculo sobre uno:</u> Demora en el Desarrollo DD Demora Parcial PD Ninguna Demora ND Apropriadas para la Edad AA		
Recomendaciones e Impresiones Clínicas (inclusive los comportamientos, la historia, qué impactó la evaluación, distracciones, adaptaciones especiales) Evaluador:		

Sección 4 Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del Plan: _____

FUERZAS Y PREOCUPACIONES SOBRE EL DESARROLLO PARA EL NIÑO

2. ADAPTIVO:

Estas habilidades de auto-ayuda tales como comer y vestirse; la habilidad de los niños para enfocar la atención, y demostrar su responsabilidad personal creciente: Estas incluyen las habilidades de comer, aprender a usar el inodoro, vestirse y atención. ¿Sabe su hijo usar el inodoro? ¿Necesita ayuda en quitarse/ponerse una chaqueta? ¿Por cuánto tiempo puede su hijo prestar atención en una actividad? ¿Cuáles son las actividades en que tiende a enfocar más?

Nivel Actual de Funcionamiento	Fuerzas/Recursos	Preocupaciones/Necesidades/ Prioridades
<u>Opiniones de la familia:</u>		
<u>Resultados de la Evaluación:</u> Fecha: Evaluación: Edad cuando recibió la evaluación Edad Corregida: <u>Trace un círculo sobre uno:</u> Demora en el Desarrollo DD Demora Parcial PD Ninguna Demora ND Edad Apropiaada AA		
Recomendaciones e Impresiones Clínicas (inclusive los comportamientos, la historia, qué impactó la evaluación, distracciones, adaptaciones especiales) Evaluador:		

Sección 4 Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del Plan: _____

FUERZAS Y PREOCUPACIONES SOBRE EL DESARROLLO PARA EL NIÑO

3. SOCIAL/-EMOCIONAL:

Las habilidades sociales/emocionales son las maneras en las cuales su hijo se relaciona con adultos y sus pares, cómo expresan sus sentimientos. Estas incluyen adultos que conocen, otros niños y personas desconocidas. ¿Sigue su hijo instrucciones básicas? ¿Comparte los juguetes con otros niños? ¿Prefiere jugar solo o con otros?

Nivel Actual de Funcionamiento	Fuerzas/Recursos	Preocupaciones/Necesidades/ Prioridades								
<u>Opiniones de la familia</u>										
<p><u>Resultados de la Evaluación:</u> Fecha: Evaluación: Edad cuando recibió la evaluación Edad Corregida:</p> <p><u>Trace un círculo sobre uno:</u></p> <table data-bbox="86 992 562 1146"> <tr> <td>Demora en el Desarrollo</td> <td>DD</td> </tr> <tr> <td>Demora Parcial</td> <td>PD</td> </tr> <tr> <td>Ninguna Demora</td> <td>ND</td> </tr> <tr> <td>Edad Apropiaada</td> <td>AA</td> </tr> </table>	Demora en el Desarrollo	DD	Demora Parcial	PD	Ninguna Demora	ND	Edad Apropiaada	AA		
Demora en el Desarrollo	DD									
Demora Parcial	PD									
Ninguna Demora	ND									
Edad Apropiaada	AA									
<p>Recomendaciones e Impresiones Clínicas (inclusive los comportamientos, la historia, qué impactó la evaluación, distracciones, adaptaciones especiales)</p> <p><u>Evaluador:</u></p>										

Sección 5 Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del Plan: _____

Evaluación de Salud

Nivel Actual de Funcionamiento	Fuerzas/Recursos	Preocupaciones/Necesidades/ Prioridades
Doctor de Cuidado Primario		
Vista:		
Oído (prueba para los recién nacidos, número de infecciones, diagnosis)		
Nutrición (pautas de comer, consumo de fluido, biberón/seno)		
Crecimiento y Desarrollo: (peso al nacer, longitud al nacer, hitos de desarrollo)		
Conclusiones Medicas significativo (diagnósticos)		
Historia de Salud: (historia de nacimiento, vacunas. Accidentes, enfermedades, hospitalizaciones, pruebas, último examen físico)		
Continuación Médica Especial		

Resultado # _____ Los resultados se deben escribir en lenguaje que todos los miembros del equipo de IFSP pueden entender fácilmente.

<p>Declaración del Resultado: ¿Qué queremos que nuestro hijo sea capaz de hacer?</p>	<p>Cosas que necesitamos hacer para que esto ocurra:</p>	<p style="text-align: center;"><u>Completado durante la entrevista de IFSP</u></p> <p>¿Cómo estamos? Fecha del Repaso: _____ Después de repasar el resultado, nosotros como familia hemos decidido: (Marque uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Todavía necesitamos trabajar hacia este resultado. Vamos a continuar con lo que hemos estado haciendo</p> <p><input type="checkbox"/> Todavía tenemos que trabajar hacia este resultado. Vamos a hablar de nuevas maneras de lograrlo.</p> <p><input type="checkbox"/> Nuestra situación ha cambiado; ya no necesitamos trabajar hacia este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> Estamos satisfechos que hayamos terminado este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p> <p>Comentarios:</p> <p>¿Cómo estamos? Fecha del Repaso: _____</p> <p>Después de repasar el resultado, nosotros como familia hemos decidido: (Marque uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Todavía necesitamos trabajar hacia este resultado. Vamos a continuar con lo que hemos estado haciendo</p> <p><input type="checkbox"/>. Todavía tenemos que trabajar hacia este resultado. Vamos a hablar de nuevas maneras de lograrlo.</p> <p><input type="checkbox"/>. Nuestra situación ha cambiado; ya no necesitamos trabajar hacia este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> Estamos satisfechos que hayamos terminado este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p> <p>Comentarios:</p>
--------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sección 8 Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del Plan: _____

AMBIENTE NATURAL: Servicios de intervención temprana se deben proveer en el ambiente natural (el ambiente que es natural/típico para los pares del niño que no tienen discapacidades) lo más posible y sólo se pueden proveer en ambientes que no sean al ambiente natural cuando los resultados no se pueden lograr satisfactoriamente en el ambiente natural. El Acto del Mejoramiento de Educación para los Individuos con Discapacidades de 2004 (IDEA) requiere la justificación para apoyar la decisión del IFSP que las estrategias/ los resultados no se pueden lograr satisfactoriamente en al ambiente natural.

Número del Resultado	1) ¿Por qué no se puede lograr el resultado en el ambiente natural?	2) Plan para cambiar los servicios al ambiente natural

Todos los servicios son proveídos en ambientes naturales

Sección 10 Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Distrito Escolar _____



PLAN DE TRANSICIÓN

PLAN DE TRANSICION DEL PROGRAMA DE NACIMIENTO HASTA LOS TRES AÑOS A SERVICIOS PREESCOLARES DE EDUCACION ESPECIAL U OTROS SERVICIOS PREESCOLARES APROPIADOS

Propósito para el Plan: _____ Fecha de Reunión: _____

Fecha anticipada de Transición: _____ Apuntes de la Reunión: _____

Pasos Siguyentes	Persona Responsable	Fecha Limite	Completada
			<input type="checkbox"/>
Manda Plan de Transición a los Proveedores de Servicio por fax.			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> La familia pide que el Coordinador de Servicio de CDW sea invitado a la reunión de IEP.			<input type="checkbox"/>

LAS PERSONAS QUE PARTICIPAN EN LA PLANIFICACIÓN de LA TRANSICION

(Las personas que son requeridas para asistir son los miembros de la familia y el coordinador de servicio. Si el niño ha sido referido a un distrito escolar para que se determine la elegibilidad de educación preescolar, entonces un representante del distrito escolar también tiene que asistir.)

Marque un cheque en la cajita para indicar la persona que va a asistir a la reunión.

Nombre	Título	Teléfono	✓	Nombre	Título	Teléfono	✓

Padre: _____ Fecha _____ Coordinador de Servicio _____ Fecha _____ Representante del Distrito Escolar _____ Date: _____

Sección 11 Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del Plan: _____

Comentarios Adicionales

Esta sección es proveída para cualquier comentario adicional que los padres, el coordinador de servicio u otro miembro del equipo piensan que sería útil. Cada comentario debe tener una fecha y una firma.

IFPS interino debido a

- Incapaz de completar MDA debido a la condición del niño
- Niño elegible tiene necesidades de servicio inmediatas antes del MDA

Explicación:

Fecha anticipada del MDA:

Comentarios Adicionales: _____

IFSP enviado a la familia: (Fecha: _____)

IFSP enviado a la familia: (Fecha: _____)

Sección 12 Nombre de la Familia:

Fecha de Nacimiento _____ Fecha del Plan: _____

Página de Firma

He tenido la oportunidad de participar en el desarrollo de este IFSP. Comprendo el plan y doy permiso a Child Development Watch para llevar a cabo el plan conmigo.

- He recibido y he leído una copia de los Derechos de la Familia.
- He tenido la oportunidad de recibir y repasar el anuncio de Prácticas de Privacidad de la División de Salud Pública
- Anuncio para la Reunión de IFSP enviado o renuncia firmada

Firma del Padre/la Madre/Guardián Legal/Substituto Educativo

Fecha del Plan

Los siguientes individuos participaron en el desarrollo del plan del IFSP. Cada persona comprende y acepta llevar a cabo el plan como tenga que ver con su papel en la provisión de servicios. Favor de incluir el nombre, el papel y la relación al niño.

Fecha Inicial del Plan: _____

	Firma	Papel/Relación

He tenido la oportunidad de participar en el desarrollo de este IFSP. Comprendo el plan y doy permiso a Child Development Watch para llevar a cabo el plan conmigo.

- He recibido y he leído una copia de los Derechos de la Familia.
- He tenido la oportunidad de recibir y repasar el anuncio de Prácticas de Privacidad de la División de Salud Pública
- Anuncio para la Reunión de IFSP enviado o renuncia firmada

Fecha del Plan: _____

Firma	Papel/Relación	Firma	Papel/Relación