



Infant & Toddler Connection of Virginia
Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)
Local System Name Here

Sección I: Información del Niño y la Familia

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Género: M F del Niño: _____ Condado o Ciudad de Residencia _____

Fecha IFSP: _____ Inicial Anual # _____ Fecha revisión de 6 meses: _____

Fechas Revisiones Completadas: _____

Idioma Principal de la Familia y/o Modo de Comunicación: _____ Del Niño (si es distinto) _____

Número Medicaid (opcional): _____

Nombre, Dirección, Teléfono de Padres y/u Otro Familiar y Otros Contactos:

Nombre, Agencia, Dirección, Número de Teléfono, Email y Número de Fax del Coordinador de Servicio:

Los servicios de Intervención Temprana se suministran a niños elegibles y sus familias en cumplimiento con la Parte C de la Ley Federal de *Educación para Individuos con Discapacidades*.

Nombre del Niño: _____
Fecha IFSP: _____ Fecha Nacimiento: _____



Sección II: Evaluación del Equipo

A. Información de Referido, Historial Médico, Estado de Salud:

B. Actividades y Rutinas Diarias

Los soportes y servicios de intervención temprana están diseñados para acomodarse a su vida familiar y realizarse como parte de las actividades diarias de su hijo.

- Cosas que su hijo hace todos los días (o todas las semanas)
- Actividades que su hijo disfruta
- Actividades o momentos del día que son difíciles o frustrantes para usted o su hijo (si hay alguno)
- Lugares a donde van usted o su hijo (o les gustaría ir)
- Cosas que le gustaría hacer como familia, pero no puede hacer debido a las necesidades de su hijo (si hay alguna)

C. Preocupaciones, Prioridades y Recursos de la Familia:

Para brindar un mejor apoyo a su hijo y su familia, es útil comprender qué es importante para su familia. Las preocupaciones, prioridades y recursos familiares serán usados como la base para desarrollar resultados e identificar estrategias y actividades para abordar las necesidades de su hijo y su familia. Usted puede compartir tanta información como quiera, poca o mucha.

¡Voluntario!

Su hijo puede seguir recibiendo servicios si esta sección no se completa.

_____ Inicial del padre si decide no incluir esta información en el IFSP.

PREOCUPACIÓN DE MI FAMILIA

Preocupaciones que tengo (si hay alguna) acerca de la salud y/o desarrollo de mi hijo. Información, recursos y/o soportes que necesito o deseo para mi hijo y/o familia.

PRIORIDADES DE MI FAMILIA

Las cosas más importantes para mi hijo y/o familia.

RECURSOS DE MI FAMILIA

Los recursos que mi hijo/familia tiene para soporte, incluyendo personas, actividades, programas/organizaciones

Nombre del Niño: _____
 Fecha IFSP: _____ Fecha Nacimiento: _____



Sección II: Evaluación del Equipo

D. Resumen del Desarrollo de Su Hijo (Las comparaciones con niños de la misma edad están basadas en la edad cronológica de su hijo; las comparaciones no están ajustadas a prematuridad. En el IFSP anual, esta sección también documentará nuevas habilidades que ha mostrado su hijo desde el primer IFSP).

Habilidades Sociales/Emocionales, incluyendo relaciones sociales: Esta área involucra cómo interactúa su hijo con adultos y otros niños, incluyendo cómo comunica su hijo sus sentimientos.

Desarrollo del Niño en Relación a Otros Niños de la Misma Edad:

Adquisición y Uso de Conocimientos y Habilidades, incluyendo lenguaje/comunicación temprana: Esta área involucra cómo aprenden los niños, incluyendo el desarrollo de la imitación, pensamiento, recordar, habilidades de resolución de problemas y uso del idioma (incluyendo gestos) para comunicar lo que sabe y comprende.

Desarrollo del Niño en Relación a Otros Niños de la Misma Edad:

Tomar Acciones para Hacer que se Cubran las Necesidades: Esta área involucra cómo su hijo le hace saber lo que necesita, cómo su hijo llega a donde desea ir y cómo su hijo está aprendiendo a cuidarse de sí mismo, como vestirse y desvestirse, alimentarse solo, dormir toda la noche y usar el baño. Esta área también incluye cómo su hijo está aprendiendo a seguir instrucciones acerca de la seguridad.

Desarrollo del Niño en Relación a Otros Niños de la Misma Edad:

Sección III:

Edad y Niveles de Desarrollo

Edad:	Edad Ajustada	Cognitivo
Lenguaje Receptivo	Adaptativa/Auto-Ayuda	Motricidad Gruesa
Lenguaje Expresivo	Social-Emocional	Motricidad Fina

Audición:

Resultados de Herramienta de Examen de Audición de Virginia Sección C: No se necesita referido indicado Monitoreo

Referir

Estado (Información específica de oídos siempre que se pueda):

Visión:

Resultados de Herramienta de Examen de Visión de Virginia Sección C: No se necesita referido indicado Monitoreo

Referir

Estado (Información específica de ojos siempre que se pueda):

Fuentes de Evaluación:

- Herramientas de Evaluación:
 - Perfil de Aprendizaje Temprano de Hawái (HELP) HELP Strands
 - Perfil de Logro de Aprendizaje Temprano (E-LAP) Evaluación Familiar
 - Escala Lenguaje Emergente Receptivo Expresivo (REEL), Michigan
 - Inventario Battelle de Desarrollo (BDI o Battelle). Escala Rossetti Lenguaje Infante-Niño Pequeño
- Revisión de registros de nacimiento y/o registros médicos pertinentes de menos de seis (6) meses del médico de cabecera y otras fuentes relacionados al estado de salud actual del niño, desarrollo físico (incluyendo visión y audición) e historial médico. Registros revisados:
 - Evaluación permanente (para evaluación anual del equipo)
 - Informe de padres
 - Observación formal/informal
 - Opinión clínica Informada
 - Otra
- Especificar otra: _____

Nombre del Niño: _____

Fecha IFSP: _____ Fecha Nacimiento: _____



Las siguientes personas han participado en la evaluación para planificación de servicios (ASP) (nombre en letra de molde, credenciales, firma, fecha):

Padre

Nombre Credenciales

Coordinador de Servicio

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

La información de las siguientes evaluaciones realizadas fuera del Sistema *Infant & Toddler Connection de Virginia* fue usada para completar la evaluación de planificación de servicios (nombre en letra de molde, credenciales, disciplina y organización):

Nombre del Niño: _____
 Fecha IFSP: _____ Fecha Nacimiento: _____



Sección IV: Resultados de Intervención Temprana

Resultado (meta de largo plazo) #1 – Coordinación de Servicio (requerido)

Para poder ayudar a su hijo y familia a recibir los soportes y servicios que usted necesita, su coordinador de servicio asegurará:

- que el IFSP aborde sus preocupaciones, prioridades y recursos identificados;
- la corrección y adecuación de soportes y servicios;
- su satisfacción con los soportes y servicios; y
- que los derechos de su hijo y familia sean protegidos.

Metas de Corto Plazo	Fecha Meta	Fecha Cumplida
Asistir a su familia con el desarrollo y revisión permanente del IFSP.	permanente	_____
Proporcionar apoyo y asistencia para su familia para abordar problemas o preocupaciones que emergen con el tiempo.	permanente	_____
Suministrar información y soporte a su familia, como sea necesario, para acceder a cuidado médico de rutina para su hijo.	permanente	_____
Brindar soportes identificados por su familia para incluir recursos para:	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Actividades de Coordinación de Servicio (Intervenciones):

- Mantener contacto permanente con usted para monitoreo de servicio
- Contactos de llamados telefónico/personal con su familia y con individuos/agencias que proveen soporte, asistencia y servicios.
- Conectar a su familia con recursos comunitarios adecuados.
- Asistir con la resolución de problemas.

Nombre del Niño: _____
 Fecha IFSP: _____ Fecha Nacimiento: _____



Sección IV: Resultados de Intervención Temprana

Fecha cuando resultado fue agregado: _____

Adquisición: Describir habilidades o comportamientos que se desean lograr.

Contexto o ambiente dentro de las rutinas y actividades diarias: Identificar rutinas/actividades en donde se produce el comportamiento.

Criterio para logro y plazo de tiempo: Describir frecuencia/duración/tasa para la nueva habilidad/comportamiento indicado en un período de tiempo específico.

Resultado (Meta Funcional de largo plazo) #__ Fecha Meta Fecha logrado, cambiado o finalizado

Oportunidades de aprendizaje y actividades que construyen sobre el interés y habilidades de su hijo y familia:

Metas de Corto Plazo	Fecha Meta	Fecha Logrado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Intervenciones (Procedimientos y/o modalidades de tratamiento)

Nombre del Niño: _____

Fecha IFSP: _____ Fecha Nacimiento: _____



Sección V: Servicios Necesarios para Lograr Resultados de Intervención Temprana

SERVICIO AL QUE SE TIENE DERECHO	FRECUENCIA (# x/semana/ mes/una vez)	DURACIÓN (# min/visita)	GRUPO (G)/ INDIVIDUAL (I)	MÉTODOS** (a,b,c,d)	AMBIENTE NATURAL/ UBICACIÓN (debe ser un ambiente natural a menos que se justifique abajo)	PAGO 1 Tarifa Familiar 2 Seguro 3 Medicaid 4 Fondos estatales 5Fondos Locales 6. Parte C	FECHA INICIO PROYECTADA	FECHA FINAL PROYECTADA	FECHA FINAL REAL
1. Coordinación de Servicios	*	*		Coordinación de Servicios					
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

* Esta es la frecuencia y duración mínima de contacto directo con su coordinador de servicio. La frecuencia y duración del servicio realmente provisto variará dado que la coordinación del servicio es un proceso activo permanente que cambia basado en las prioridades y necesidades de su familia.

** Métodos: a = Entrenamiento, incluyendo entrenamiento práctico si corresponde b = Consulta c = Evaluación d = Provisión de servicios de tecnología de asistencia

Justificación de por qué los resultados de intervención temprana no pueden lograrse satisfactoriamente en un ambiente natural y un plan con límites de tiempo y soportes necesarios para volver a colocar los servicios de intervención temprana a un ambiente natural:

Razón para una fecha de inicio proyectada tardía - Para cada servicio que está planeado iniciar 30 días calendario después que la familia firma el IFSP, indicar si la razón es una preferencia de programación de la familia, el equipo planeó una fecha de inicio posterior para cubrir las necesidades del niño y la familia, u otra:

VI. Otros Servicios (Servicios necesarios, pero no incluidos bajo la Parte C - incluyendo servicios médicos tales como chequeos de bebé sano, seguimientos con especialistas para propósitos médicos, etc.)

SERVICIO	PROVEEDOR	UBICACIÓN	PASOS A SER TOMADOS PARA ASISTIR EN ASEGURAR SERVICIOS

Nombre del Niño: _____
 Fecha Nacimiento: _____
 Fecha IFSP: _____



Sección VII: Planificación de Transición

La siguiente información acerca de la transición se discute comenzando en la reunión inicial de IFSP:

- La transición se produce cuando su hijo deja la intervención temprana. La planificación en esta página le ayudará a usted y a su hijo a tener una transición fluida de la intervención temprana a lo que sea que siga para su hijo.
- Las opciones después de la intervención temprana (ejemplos: programas comunitarios como escuelas maternas vecinales, Head Start, educación especial de infancia temprana a través de escuelas públicas).
- Posibles tiempos de transición
 - Cuando su hijo alcanza el nivel de la edad en todas las áreas de desarrollo y no llegan los otros requerimientos de elegibilidad para intervención temprana.
 - Cuando su hijo alcanza su tercer cumpleaños, lo cual es el final de elegibilidad para intervención temprana.
 - Cuando y si su hijo comienza servicios de educación especial de infancia temprana a través de escuelas públicas (entre la edad de 2 y 3 años), si está interesado en esos servicios. Los niños no pueden recibir servicios en intervención temprana y educación especial de infancia temprana a través de escuelas públicas al mismo tiempo.

Esta información fue discutida el _____ (fecha) por _____ (iniciales del coordinador de servicio)

Fechas Importantes para Planificación de Transición:

_____ - fecha meta para notificación y referido para determinar la elegibilidad si está interesado en los servicios de educación especial de infancia temprana a través del sistema escolar local (el referido debe producirse al menos 90 días antes de la fecha anticipada de transición y debe producirse para el 1 de Abril del año en que el niño cumple 2 años para el 30 de Septiembre si usted desea que su hijo comience la escuela el primer día del siguiente año escolar).
 _____ (fecha del 3er cumpleaños del niño) – fecha en la cual su hijo ya no es elegible para recibir intervención temprana.

Plan de Transición

Las actividades de transición completadas dependerán de sus planes de transición y preferencias familiares.

Pasos/Actividades de Transición	Fecha Meta	Fecha Completada	Iniciales Persona que Completa
1. Opciones Comunitarias: Ayuda a su familia a explorar las opciones de programas comunitarios, que podrían incluir servicios de educación especial de infancia temprana, para su hijo. <ul style="list-style-type: none"> a. Suministrar información, incluyendo información de contacto de programa, acerca de opciones comunitarias después de la intervención temprana, como lo desee su familia. Información provista sobre los siguientes programas: _____ b. Organizar visitas a programas, como lo desee su familia, Programas visitados: _____ c. Otros pasos/actividades (por ejemplo, si le interesa, provea nombres de otras familias, con su permiso, que han hecho la transición a programas que usted está considerando): _____ 		_____	_____
2. Notificación y Referido a la División Escolar Local y Departamento de Educación de Virginia: Al menos 90 días antes de la fecha anticipada de transición y antes del 1 de abril del año en que su hijo cumple 2 años para el 30 de septiembre si desea que su hijo comience la escuela el primer día del siguiente año escolar – <ul style="list-style-type: none"> a. Envía el nombre y fecha de nacimiento de su hijo y su información de contacto (nombre, dirección, número de teléfono) a la división escolar _____ y Departamento de Educación de Virginia no más temprano del _____ a menos que usted esté en desacuerdo. El enviar la información ayuda al sistema escolar a saber quién en la comunidad podría ser elegible para servicios de educación especial y es un referido para la división escolar local. <ul style="list-style-type: none"> • No quiero que el nombre, fecha de nacimiento de mi hijo y nuestra información de contacto se envíe a la división escolar local y el Departamento de Educación de Virginia para notificación y referido _____ (Iniciales del padre y fecha) • He cambiado de idea y acepto que se envíe esta información a la división escolar local y al Departamento de Educación de Virginia _____ (Iniciales del padre y fecha) b. Fecha de notificación y referido enviados a la División Escolar local: _____ a VDOE: _____ c. Con su consentimiento en un formulario de divulgación de información, enviar información específica acerca de su hijo a la división escolar local (ejemplo, más reciente determinación de elegibilidad e informes de evaluación, IFSP, etc.). <ul style="list-style-type: none"> • Su consentimiento obtenido en el formulario de divulgación de información el día _____ (fecha) • Fecha que la información fue enviada _____ 	_____	_____	_____

Nombre del Niño: _____
 Fecha Nacimiento: _____
 Fecha IFSP: _____



Pasos/Actividades de Transición	Fecha Meta	Fecha Completada	Iniciales Persona que Completa
<p>3. Soporte para Inscribir en Otros Programas: Ayuda a su familia a inscribirse en programas comunitarios, distintos a la división escolar local, en los cuales usted está interesado para su hijo, si están disponibles.</p> <p>a. Ayuda para obtener y completar documentos y/o completar otros pasos necesarios para inscribir en el programa deseado: _____</p> <p>b. Si es necesario, con su consentimiento en un formulario de divulgación de información, referir a su hijo y enviar información específica acerca de su hijo al futuro programa o proveedor de servicio (ejemplo, la más reciente determinación de elegibilidad e informes de evaluación, IFSP, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su consentimiento obtenido en el formulario divulgación de información el día _____ (fecha) • Referido enviado a _____ (programa) el día _____ (fecha) • Fecha información fue enviada: _____ <p>c. Otros pasos/actividades: _____</p>	_____	_____	_____
<p>4. Conferencia de Planificación de Transición: Al menos 90 días, y hasta 9 meses si todos acuerdan, antes de la fecha de transición anticipada de su hijo – Si su hijo pudiera ser elegible para servicios de educación especial de infancia temprana, planificar una conferencia entre usted, su coordinador de servicios y alguien de la división escolar.</p> <p>a. <i>Formulario de Notificación Previa Paternal</i> provisto el día _____ (fecha)</p> <p>b. Usted <input type="checkbox"/> aprueba/ <input type="checkbox"/> no aprueba la conferencia.</p> <p>c. Si aprueba la conferencia, el coordinador de servicios se asegura de programar la conferencia y la participación de las personas requeridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conferencia de transición llevada a cabo el _____ (fecha) • Participaron los siguientes: <input type="checkbox"/> (Usted - requerido), <input type="checkbox"/> (Intervención temprana- requerido), <input type="checkbox"/> (División escolar - requerido), <input type="checkbox"/> (otro _____), <input type="checkbox"/> (otro _____) 	_____	_____	_____
<p>5. Servicios de Transición: Una vez que han finalizado sus planes de transición, ayudan a su hijo y la familia a prepararse, según lo desee su familia, a los cambios en el soporte y servicios para que puedan dejar sin problemas la intervención temprana y, si corresponde, pasar a un nuevo programa</p> <p>a. Su hijo tendrá transición a _____ el _____ (fecha proyectada)</p> <p>b. Ayuda para su hijo y familia a estar listos a la transición de salir de la intervención temprana y, si corresponde, pasar a un nuevo programa/ambiente para la fecha: _____</p>	_____	_____	_____
<p>6. Saliendo de la Intervención Temprana: La salida de su hijo del sistema local Parte C antes de su 3er cumpleaños</p> <p>a. <i>Formulario de Notificación Previa Paternal</i> está firmado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. Fecha de salida/cierre _____</p>	_____	_____	_____

Nombre del Niño: _____
Fecha Nacimiento: _____
Fecha IFSP: _____



Sección VIII: ACUERDO IFSP

Consentimiento Paternal para Suministro de Servicios de Intervención Temprana:

He recibido una copia de los derechos familiares e información acerca de la porción a pagar por la familia bajo la Parte C de IDEA (*Notificación de Derechos y Salvaguardas del Niño y Familia Incluyendo Datos de la Porción a Pagar por la Familia*) junto con este IFSP. Estos derechos y políticas de pagos se me han explicado y los comprendo. Participé en el desarrollo de este IFSP y brindé mi consentimiento informado para que el sistema Infant & Toddler Connection de Virginia y proveedores de servicios lleven a cabo las actividades enumeradas en este IFSP.

Consentimiento significa que fui completamente informado de toda la información sobre las actividades para las que se desea el consentimiento en mi idioma nativo (a menos que claramente no sea posible hacerlo) u otro modo de comunicación; que comprendo y acuerdo por escrito en llevar a cabo las actividades para las cuales se desea el consentimiento: el consentimiento describe esas actividades; y el otorgar mi consentimiento es voluntario y podría ser revocado por escrito en cualquier momento.

Comprendo que podría declinar un servicio o servicios sin poner en riesgo ningún otro servicio de intervención temprana que mi hijo o familia recibe a través del sistema Infant & Toddler Connection de Virginia.

Comprendo que mi IFSP será compartido dentro del sistema local Infant & Toddler Connection de Virginia, incluyendo a los proveedores involucrados en la evaluación y/o desarrollo y/o implementación de este IFSP.

Firmas de (marcar uno): Padre(s) Tutor legal Padre Sustituto

Fecha

Otros Participantes IFSP (Nombre en letra de molde, credenciales, firma, fecha):

Disciplina: Coordinador de Servicio

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

Los siguientes individuos participaron electrónicamente o por escrito (especificar cuál):

Traductor/Intérprete (si es utilizado):

Se adjuntan los siguientes documentos relacionados:

Copias a:

Certificación del Médico (requerida para poder facturar al seguro): Certifico y apruebo que los servicios _____, como se describen en el IFSP, son médicamente necesarios para este niño.

Firma

Credenciales

Fecha

Nombre del Niño: _____

Fecha IFSP: _____ Fecha Nacimiento: _____



Sección IX: Registro de Revisión IFSP

Propósito Revisión: revisión 6 meses A pedido de:

Fecha de Revisión: _____

Resumen (Incluir razones para cualquier cambio resultante de esta revisión):

Cambio(s):

Fecha de Inicio Proyectada para el Cambio:

Consentimiento Paternal

He recibido una copia de los derechos familiares e información acerca de la porción a pagar por la familia bajo la Parte C de IDEA (*Notificación de Derechos y Salvaguardas del Niño y Familia Incluyendo Datos de la Porción a Pagar por la Familia*) junto con este Registro de Revisión de IFSP. Estos derechos y políticas de pagos se me han explicado y los comprendo. Participé en el desarrollo de esta revisión de IFSP y brindé mi consentimiento informado para que el sistema Infant & Toddler Connection de Virginia y proveedores de servicios lleven a cabo cualquier cambio enumerado en esta revisión de registro de IFSP.

Consentimiento significa que fui completamente informado de toda la información sobre las actividades para las que se desea el consentimiento en mi idioma nativo (a menos que claramente no sea posible hacerlo) u otro modo de comunicación; que comprendo y acuerdo por escrito en llevar a cabo las actividades para las cuales se desea el consentimiento: el consentimiento describe esas actividades; y el otorgar mi consentimiento es voluntario y podría ser revocado por escrito en cualquier momento.

Comprendo que podría declinar un servicio o servicios sin poner en riesgo ningún otro servicio de intervención temprana que mi hijo o familia recibe a través del sistema Infant & Toddler Connection de Virginia.

Comprendo que mi IFSP será compartido dentro del sistema local Infant & Toddler Connection de Virginia, incluyendo a los proveedores involucrados en la evaluación y/o desarrollo y/o implementación de este IFSP.

Firmas de (marcar uno): Padre(s) Tutor legal Padre Sustituto

Fecha

Nombre del Niño: _____
Fecha IFSP: _____ Fecha Nacimiento: _____



Sección IX: Registro de Revisión IFSP

Fecha de Revisión: _____

Si se incrementaron servicios en esta revisión de IFSP y mi hijo está cubierto por seguro privado:

Mi seguro debe ser facturado por los servicios cubiertos. A menos que mi límite mensual sea \$0, acuerdo continuar pagando por cualquier co-pago, deducible aplicables y/o servicios no cubiertos en la forma indicada en la sección de Cargos en el formulario de Acuerdo de Porción a Pagar por la Familia. Comprendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito al coordinador de servicios de mi hijo.

Mi seguro no debe ser más facturado por los servicios cubiertos. A menos que mi límite mensual sea \$0, acuerdo pagar los servicios en la forma indicada en la sección de Cargos en el formulario de Acuerdo de Porción a Pagar por la Familia. Comprendo que debo completar y firmar un nuevo formulario de Acuerdo de Porción a Pagar por la Familia.

Comprendo que puedo comunicarme con mi coordinador de servicios si tengo preguntas acerca del uso del seguro o los acuerdos de pago en el formulario de Acuerdo de Porción a Pagar por la Familia.

Firmas de (marcar uno): Padre(s) Tutor legal Padre Sustituto

Fecha

Otros Participantes IFSP (Nombre impreso, credenciales, firma, fecha):

Disciplina: Coordinador de Servicio

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

Nombre Credenciales

Disciplina: Educador/Educador Especial Terapeuta Ocupacional Terapeuta Físico Patólogo del Habla-Lenguaje Enfermero Otro

Los siguientes individuos participaron electrónicamente o por escrito (especificar cuál):

Certificación de Médico (requerida para poder facturar al seguro): Certifico y apruebo que los servicios _____, como se describen en el IFSP, son médicamente necesarios para este niño.

Firma

Credenciales

Fecha

Nombre del Niño: _____
 Fecha IFSP: _____ Fecha Nacimiento: _____



Apéndice

(Refiérase al número correspondiente en la Sección V del IFSP para detalles del servicio)

#	Servicio	PROVEEDOR DE SERVICIO (Nombre, agencia, dirección, número de teléfono)	¿Actual?
1	Coordinación de Servicio		<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
2			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
3			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
4			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
5			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
6			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
7			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
8			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N

Se me brindó la oportunidad de seleccionar entre una cantidad de agencias proveedoras que trabajan en mi área de sistema local y que están en mi red pagadora. Yo puedo solicitar cambiar proveedores de servicio en cualquier momento comunicándome con mi coordinador de servicio.

Para Servicios #	Firma(s) de (marque uno): <input type="checkbox"/> Padre(s) <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre Sustituto	Fecha
Para Servicios #	Firma(s) de (marque uno): <input type="checkbox"/> Padre(s) <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre Sustituto	Fecha
Para Servicios #	Firma(s) de (marque uno): <input type="checkbox"/> Padre(s) <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre Sustituto	Fecha