AVANZANDO JUNTOS
SISTEMA DE SERVICIOS DE INTERVENCION TEMPRANA

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIOS A LA FAMILIA (PISF)

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Expediente: _____

SECCION 1.

A. INFORMACION DE CONTACTO DEL COORDINADOR DE SERVICIOS Fecha: _____

Nombre: _____ Título: _____

Agencia : _____

Teléfono: (_____)_____ Extensión: _____ FAX: (_____)_____

Mejor horario para recibir llamadas: _____

Dirección correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

Ciudad/Pueblo: _____, PR Código Postal: _____

B. FECHA Y TIPO DE ACTIVIDAD DEL PROCESO DEL PISF Fecha de la actividad del PISF: _____/_____/_____

Tipo de actividad del proceso del PISF: ☐ Provisional ☐ Inicial ☐ Revisión-6 meses ☐ Nuevo-12 meses ☐ Revisión/Modificación ☐ Transición

COMENTARIOS:

Nombre del Niño: _____ # Expediente: _____ Fecha/Actividad del PISF: _____

SECCION 2: INFORMACION DEL NIÑO

Apodo: _____ Sexo: M F

Fecha de Nacimiento: _____

Edad Cronológica: _____ Edad Ajustada: _____

Razón de Elegibilidad: _____

Lenguaje Vernáculo/Método de Comunicación: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad/Pueblo: _____, PR Código Postal: _____

Región de Salud: _____ Distrito Escolar: _____

Médico Primario: _____

Dirección: _____

Ciudad/Pueblo: _____, PR Código Postal: _____

Teléfono: (____)_____ FAX: (____)_____

Correo Electrónico: _____

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A LA CASA DEL NIÑO

SECCION 3: INFORMACION DE LA FAMILIA

Circule uno: PADRE / TUTOR LEGAL / PADRE DE CRIANZA / PADRINO PARTE C

Contacto Primario: _____

Relación con el Niño: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad/Pueblo: _____, PR Código Postal: _____

Dirección Física: _____

Teléfono durante el día: (_____)_____ (C___ T___)

Teléfono durante la noche: (_____)_____ (C___ T___)

Mejor horario para llamar: _____

Correo Electrónico: _____

Otra forma de establecer contacto: _____

Lenguaje Vernáculo/Método de comunicación: _____

¿Necesidad de intérprete? Sí No

INFORMACION SOBRE OTRO CONTACTO:

Nombre: _____

Relación con el Niño: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad/Pueblo: _____, PR Código Postal: _____

Dirección Física: _____

Teléfono durante el día: (_____)_____ (C___ T___)

Teléfono durante la noche: (_____)_____ (C___ T___)

Mejor horario para llamar: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Niño: _____ # Expediente: _____ Fecha/Actividad del PISF: _____

SECCION 4: DESTREZAS Y FORTALEZAS ACTUALES DEL NIÑO: RESUMEN DEL EQUIPO

LO QUE MI NIÑO ESTA HACIENDO AHORA - INTERESES, DESTREZAS NUEVAS, COSAS PARA CELEBRAR, LO QUE MI NIÑO ESTA COMENZANDO A HACER. Asegure que se incluyan todas las áreas del desarrollo. Describa de manera integrada y funcional cómo el niño: se mueve (destrezas motoras gruesas), utiliza sus manos y destrezas oro-motoras (destrezas motoras finas), demuestra entender y expresar lo que desea y sus necesidades (destrezas comunicológicas), resuelve problemas y juega (destrezas cognoscitivas), realiza cosas para sí mismo (destrezas adaptativus/ayuda propia), demuestra sentimientos, maneja la frustración o emociones, y se relaciona con otros (destrezas sociales/emocionales).

Cernimiento Visual	☐ Pasó	☐ Repetir cernimiento /Evaluar	Comentarios:
Cernimiento Auditivo	☐ Pasó	☐ Repetir cernimiento /Evaluar	Comentarios:
Estado de Salud Física			
Estado Nutricional			

Otra información relevante (precauciones adicionales) para la planificación y prestación de los servicios.

Nombre del Niño: _____ # Expediente: _____ Fecha/Actividad del PISF: _____

SECCION 5. RESUMEN DE PREOCUPACIONES, PRIORIDADES Y RECURSOS DE LA FAMILIA PARA FORTALECER EL DESARROLLO DEL NIÑO

Fecha Completado: _____ **Declino la avaluación de las preocupaciones, prioridades y recursos de la familia:** _____ **(Iniciales) Fecha Iniciales:**_____

Tenemos preguntas o necesitamos información sobre cómo ayudar al niño en las siguientes áreas:

- ☐ Moverse (voltearse, gatear, caminar, correr)
- ☐ Habilidad para mantener posiciones para jugar
- ☐ Hablar y escuchar
- ☐ Pensar, aprender, jugar con juguetes
- ☐ Alimentación, comer, nutrición
- ☐ Divertirse con otros niños, compartir bien
- ☐ Conductas y sentimientos
- ☐ Uso del baño, vestirse, hora de dormir, otras rutinas
- ☐ Tranquilizarse, calmarse
- ☐ Dolor o molestia
- ☐ Necesidades especiales de salud
- ☐ Ver o escuchar
- ☐ Otras: _____

Otras necesidades de la familia:

- ☐ Localizar médicos u otros especialistas
- ☐ Conocer cómo funcionan diferentes servicios y cómo lograr que funcionen mejor para mi familia
- ☐ Planificar para el futuro
- ☐ Destrezas de crianza
- ☐ Personas que me puedan ayudar en la casa o cuidar a mi niño de manera que pueda/podamos tomar un descanso
- ☐ Vivienda, ropa, trabajo, alimentos, o teléfono
- ☐ Información sobre las necesidades especiales de mi niño y lo que significan
- ☐ Ideas para los hermanos, amigos, familia extendida
- ☐ Dinero para gastos adicionales de las necesidades especiales de mi hijo
- ☐ Enlace con una organización de padres para compartir con otras familias o compartir información
- ☐ Otras: _____

PREOCUPACIONES DE LA FAMILIA RELACIONADAS CON SU NIÑO

PRIORIDADES DE LA FAMILIA (Estas prioridades deben reflejarse como resultados o como estrategias/actividades de un resultado.)

FORTALEZAS Y RECURSOS CON LOS QUE LA FAMILIA CUENTA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE SU NIÑO

Nombre del Niño: _____ # Expediente: _____ Fecha/Actividad del PISF: _____

SECCION 6. IDENTIFICACION DE RUTINAS Y ACTIVIDADES TIPICAS EN LOS AMBIENTES NATURALES (Lugares, personas y objetos típicos para el niño y la familia)

¿Dónde el niño y la familia pasan tiempo? ¿Cuáles son las actividades que la familia disfruta en conjunto?

¿Dónde le gustaría pasar más tiempo? ¿En qué rutinas o actividades en su hogar o comunidad le gustaría que su niño o familia participara?

¿Quiénes son personas importantes en la vida de su familia?

Otra información:

Nombre del Niño: _____ # Expediente: _____ Fecha/Actividad del PISF: _____

SECCION 7. RESULTADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA Y EL NIÑO **(Utilice una página para cada resultado.)**	
Resultado # ___:	¿Qué está sucediendo ahora?
¿Cuáles son los cambios para el niño y/o la familia que, como equipo, deseamos ocurran en los próximos 6 -12 meses?	¿Cómo nosotros, como familia, trabajaremos con este resultado en las rutinas y actividades típicas de nuestra vida diaria? (Ideas, Estrategias, y Actividades)
Personas, recursos y acomodos/adaptaciones/equipo especial que podrían ayudar a que esto ocurra:	
¿Cómo nosotros, como equipo, mediremos el progreso hacia este Resultado? (procedimiento)	
El equipo estará satisfecho en que se ha alcanzado este Resultado cuando: (criterios)	

Nombre del Niño: _____ # Expediente: _____ Fecha/Actividad del PISF: _____

SECCION 8. SERVICIOS DE INTERVENCION TEMPRANA

Columna A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
RESULTADO #	Nombre del Servicio De Intervención Temprana	Código Lugar (1)	Método (2)	Frecuencia	Intensidad	Fecha A Comenzar	Fecha A Terminar	Nombre Del Proveedor de Servicios	Fuente Fondos
#									
#									
#									

(1) Columna C: Códigos de Lugares: 1 = Programa para Niños con Retraso en el Desarrollo; 2 = Programa para Niños con Desarrollo Típico; 3 = Hogar; 4 = Hospital (admitido); 5 = Facilidad Residencial; 6 = Facilidad del Proveedor; 7= Otro Lugar: Especifique: _____

(2) Columna D: Códigos de Métodos: 1 = Consultoría/Adiestramiento/Facilitación con la familia y el niño para fortalecer el desarrollo del niño y la capacidad de la familia para atender las necesidades del desarrollo del niño.
2 = Consultoría/Adiestramiento/Apoyo a la Familia para fortalecer sus competencias con relación al desarrollo de su niño.
3 = Consultoría/Adiestramiento/Apoyo a otros proveedores de cuidado para facilitar la participación del niño en las actividades de la comunidad.

Ambiente primario para este PISF (circule): hogar (3), programa niños con desarrollo típico (2), programa niños con retraso en el desarrollo (1), facilidad residencial (5), Hospital (4), facilidad del proveedor (6), otro (7): _____

Se me/nos ha explicado a cabalidad el contenido de este PISF. Yo / nosotros autorizo(amos) por escrito la implantación de los servicios incluidos en esta sección de este PISF. Yo/nosotros recibí(mos) por escrito copia de nuestros derechos y garantías procesales en Avanzando Juntos.

Firma del padre/tutor/padre de crianza/padrino de Parte C	Fecha	Firma del otro padre	Fecha

Nombre del Niño:_____ # Expediente:_____ Fecha/Actividad del PISF: _____

SECCION 9: OTROS SERVICIOS

Servicio	Servicio para la Familia o para el Niño	Fecha de Inicio (dia/mes/año)	Duración (# meses)	Persona responsable	Fuente de Fondos
	familia / niño				
	familia / niño				
	familia / niño				
	familia / niño				
	familia / niño				

SECCION 10: PARTICIPANTES EN EL EQUIPO PARA EL DESARROLLO DEL PISF

Nombre en letra de molde	Posición/Rol	Agencia (si aplica)	Teléfono	Firma o Método de Participación

¿Cómo se mantendrá en contacto este equipo? ¿Con qué frecuencia?

Nombre del Niño: _____ # Expediente: _____ Fecha/Actividad del PISF: _____

SECCION 11: TRANSICION HACIA, DENTRO Y FUERA DE AVANZANDO JUNTOS

Seguro Social: _____

Identificación de asuntos específicos, personas responsables y el Plan de Transición para asistir a la familia y al niño.	Asunto específico de la transición	¿Quién es responsable?	Resul-tado #
Transición hacia Avanzando Juntos:			
Ejemplos: Transición desde el hospital, la unidad de cuidado intensivo neonatal, otros servicios y programas hacia los servicios de intervención temprana.			
Transición dentro de Avanzando Juntos:			
Ejemplos: Cambios relacionados con la familia que pueden afectar la prestación de los servicios incluidos en el PISF (ejemplos: empleo, nacimiento o adopción de un hermano, necesidades médicas de otros miembros de la familia); Cambios relacionados con el niño que pueden afectar los servicios incluidos en el PISF (ejemplos: hospitalización o cirugía, ubicación en un programa de cuido de niños, adición de tecnología o equipo nuevo, cambios en medicamentos); Adición o cambio de: Proveedor de Servicios, Localización de los Servicios; Terminación de un servicio incluido en el PISF.			
Transición fuera de Avanzando Juntos:			
Ejemplos: Salida del niño y la familia del Sistema de Parte C debido a: Pérdida de elegibilidad, la familia decide descontinuar los servicios, la familia se muda fuera de Puerto Rico.			
PLAN DE TRANSICION			
Discusión y adiestramiento de los padres con relación a ubicaciones futuras y otros asuntos relacionados con la transición del niño. Exploración de opciones de programas en la comunidad para el niño y la familia.			
Discusión sobre los procedimientos para preparar al niño para los cambios en la prestación de los servicios, incluyendo los pasos para ayudar al niño a ajustarse y funcionar en el nuevo ambiente.			
Enviar, con el consentimiento escrito de los padres, información sobre el niño al distrito escolar del niño, incluyendo información sobre la evaluación de elegibilidad y avaluación, para asegurar la continuidad de los servicios. Enviar información específica, con el consentimiento escrito de los padres, a programas de la comunidad, para facilitar la prestación de servicios o transición.			

Nombre del Niño: _____ # Expediente: _____ Fecha/Actividad del PISF: _____

SECCION 12. JUSTIFICACION PARA PRESTAR UN SERVICIO EN UN AMBIENTE NO TIPICO PARA LA FAMILIA

Resultado # _____ Servicio _____

Explique cómo y por qué el equipo del PISF determinó que el servicio no puede prestarse en os ambientes naturales del niño y la familia.	¿Cómo el servicio que se prestará en este lugar puede ser generalizado para apoyar las destrezas del niño en sus ambientes naturales?	Desarrolle un plan con los límites de tiempo y los apoyos necesarios que permitan al niño alcanzar satisfactoriamente el resultado en sus ambientes naturales.

Comentarios:

Nombre del Niño: _____ # Expediente: _____ Fecha/Actividad del PISF: _____

SECCION 13: REVISION DE LOS RESULTADOS Y MODIFICACION DE LOS SERVICIOS DE INTERVENCION TEMPRANA

(Utilice el número de paginas necesarias, por revisión) Ciclo de revisión: 6 meses_____ Otro (_____)

REVISION DEL RESULTADO			
Resultado #	Resumen de Progreso	Evaluación Equipo	Revisión/Modificación
Comentarios:			

Escala de evaluación del equipo: 1 = La situación cambió; no es necesario el resultado. 2 = La situación no ha cambiado; todavía es necesario el resultado.
3 = El resultado se ha alcanzado parcialmente. 4 = Se alcanzó el resultado.

MODIFICACION DEL SERVICIO DE INTERVENCION TEMPRANA										
Leyenda	Relacionada con el Resultado #	Nombre del Servicio Intervención Temprana	Lugar	Método	Frecuencia	Intensidad	Fecha A Comenzar	Fecha A Terminar	Nombre del Proveedor	Fuente Fondos
1										

Leyenda: 1. Detalles del servicio actual a modificar △= Cambios a un servicio - = Terminar un Servicio + = Añadir un servicio

Yo/nosotros participamos en el proceso de revisión del PISF y estamos de acuerdo con los cambios que se reflejan en esta sección de revisión del PISF. Yo/nosotros damos nuestro consentimiento informado por escrito para implantar los cambios en los servicios según se detallan en este documento. Yo/nosotros recibí(mos) por escrito copia de nuestros derechos y garantías procesales en Avanzando Juntos.

_____ _____ _____ _____

Firma del Padre / Tutor / Padre de Crianza / Padrino de Parte C **Fecha** Firma del otro padre **Fecha**