



PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA (IFSP)

Nombre del Niño(a): _____ Femenino Masculino

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Referencia: _____ Referido por: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Nombre del Padre/Tutor: _____

Relación: _____ Relación: _____

Dirección Postal: _____ Dirección Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Dirección Física _____

Condado de Residencia: _____ Idioma Principal Hablado en Casa _____

Etnia: ¿Hispano/Latino? Sí No

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska /Tribu: _____ Asiático
 Negro o Africano Americano Nativo Hawaiano ú otro Isleño del Pacífico Blanco

¿Cómo se obtuvo esta información?
 Identificación por padre o familia (método preferido) Identificación por el equipo Combinación de ambos

Este Plan es el: IFSP Provisional IFSP inicial IFSP Anual

Fecha de Reunión del IFSP: _____ Fecha de Inicio del IFSP: _____ Fecha de Terminación del IFSP: _____

Si es el IFSP inicial, ¿Se realizó dentro de los 45 días después de la fecha de referencia? Sí No

En caso negativo - ¿Por qué razón se excedió de los 45 días? _____

• Fecha Anticipada de Revisión del IFSP: _____ • Fecha Anticipada del IFSP Anual: _____

Coordinador(a) de Servicios Asignado(a): _____ (Nombre del/la Coordinador(a), Agencia) _____ (Teléfono)

Fecha en que se Determinó Elegibilidad: _____ Fecha en que se Re-Determinó Elegibilidad: _____

Elegibilidad Actual para el Programa Familiar de Niños Pequeños y Niños que Empiezan a Caminar (FIT) (marque uno):

Retraso en el Desarrollo Condición Establecida Riesgo Médico/Biológico Riesgo Ambiental

El (la) Niño(a) NO es elegible Referido a: _____

ICD-9 CM Código 1: _____ ICD-9 CM Código 2: _____ ICD-9 CM Código 3: _____

Fecha de Salida _____ Salida a: _____

Nuestra Vida Familiar (Parte I)

Rutinas diarias, actividades, lugares, y personas en nuestra vida

Los niños pequeños aprenden mejor mediante rutinas y actividades que a ellos les interesa y en las que participan a menudo. Es de gran ayuda para nosotros saber dónde pasa regularmente el tiempo su niño(a), para que juntos podamos planear apoyos y servicios de intervención temprana para su familia.

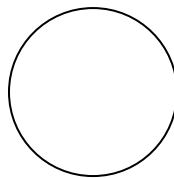
¿Como es un día típico para usted y su niño? (comenzando con el inicio de su día, la hora de comida, cuidado infantil, tiempo de juego, y hora de dormir, etc.)	¿Qué preocupaciones/preguntas tiene usted acerca de las actividades y rutinas diarias de su niño(a)?
	¿Cuáles son las preocupaciones inmediatas a las que le gustaría enfocarse por medio de este plan?

Elijo no compartir información acerca de rutinas diarias actividades, lugares, y personas. Iniciales del Padre []

Nuestra Vida Familiar (Parte II)

Rutinas diarias, actividades, lugares, y personas en nuestra vida

¿Quién proporciona apoyo a nuestra familia? Esto puede incluir: familia (Ej. abuelos, tíos (as), etc.), amigos, grupos/organizaciones (Ej. cuidado infantil, WIC, grupos de padres, grupos comunitarios o religiosos), y otras personas (Ej. niñera(o) doctor, enfermero(a)).
(Los equipos pueden enlistar estos apoyos o crear un mapa ecológico de la familia con el(la) niño(a)/familia en el centro)



Elijo no compartir información acerca de rutinas diarias actividades, lugares, y personas. Iniciales del Padre []

Habilidades, Destrezas y Necesidades Actuales

Una evaluación/valoración del desarrollo fue recientemente completada con su niño(a) y/o se ha obtenido información de una valoración progresiva. Esta información nos ayuda a entender las destrezas en el desarrollo de su niño(a), al igual que algunas de las áreas de dificultad para su niño(a) que pueden estar afectando su habilidad para participar en actividades familiares y dentro de la comunidad. Este es el lugar donde hacemos un RESUMEN de lo que hemos determinado para que nuestro plan sea adecuado según las destrezas y las necesidades en el desarrollo de su niño(a).

Fecha de la evaluación/valoración: Basado en: evaluación inicial valoración continua

Instrumentos empleados en la valoración:

Edad cronológica del niño(a): meses Edad Corregida del niño(a) (si es aplicable): meses

Resumen del Estado de Salud Relevante (Incluyendo Visión y Audición)

Proveedor Principal de Cuidado: _____

Teléfono _____

Dirección: _____

Salud general del(la) niño(a) (física, emocional y de comportamiento), Puede incluir información sobre las revisiones regulares de salud del(la) niño(a), diagnóstico médico/de desarrollo, medicinas, especialistas, temperamento, otras intervenciones, etc.

Alimentación, nutrición, salud dental:

Sueño:

Visión: Fecha del examen

 Examinado por (médico o agencia)

Resultados / Preocupaciones:

Audición: Fecha del examen

 Examinado por (médico o agencia)

Resultados / Preocupaciones:

Nombre del Niño(a)

Fecha de Nacimiento

Fecha del IFSP

Habilidades, Destrezas y Necesidades Actuales

Habilidades motoras sensoriales y motoras finas y gruesas (sentarse, voltearse, ponerse de pie, gatear, andar, habilidades manuales, regulación sensorial)		Nivel de desarrollo:
Áreas en las que el(la) niño(a) va bien.	Áreas en las que el(la) niño(a) necesita ayuda.	

Habilidades de comunicación (comunicación pre-verbal y no verbal, hablar, comprensión del lenguaje, habla)		Nivel de desarrollo:
Áreas en las que el(la) niño(a) va bien.	Áreas en las que el niño/a necesita ayuda.	

Habilidades cognoscitivas (jugar, pensar, resolver problemas)		Nivel de desarrollo:
Áreas en las que el(la) niño(a) va bien.	Áreas en las que el(la) niño(a) necesita ayuda.	

Habilidades, Destrezas y Necesidades Actuales

Habilidades sociales y emocionales (conciencia de sí mismo, expresar sentimientos y responder a éstos e interactuar con otros)		Nivel de desarrollo:
Áreas en las que el(la) niño(a) va bien.	Áreas en las que el(la) niño(a) necesita ayuda.	

Habilidades de autoayuda o de adaptación (alimentarse por sí solo, lavarse, usar el baño)		Nivel de desarrollo:
Áreas en las que el(la) niño(a) va bien.	Áreas en las que el(la) niño(a) necesita ayuda.	

Resultado para el(la) Niño(a)/Familia

Resultado # ____ ¿Este resultado se enfoca en habilidades de preparación preescolar? Sí
 (Lo que queremos ver como resultado apoyos y servicios de intervención temprana a nuestro(a) niño(a)/familia.)

¿Cómo sabremos que hemos tenido algún progreso?

(Incluya la fecha, lo que hará el(la) niño(a)/la familia, y cómo sabrá que está sucediendo. Por ejemplo "Para su primer cumpleaños (1/1/10) sus padres reportarán que Juanito gatea con sus manos y rodillas de su recámara hasta la sala")

Nuestras Estrategias: (Quién hará Qué en Cuál de las Rutinas diarias, actividades y lugares para lograr este resultado)

(Marque) Abajo si la estrategia se enfoca en habilidades de preparación preescolar

* Apoyos y servicios se deben proporcionar a su hijo en entornos naturales o típicos para niños de la misma edad (ambientes naturales). Si, como equipo decidimos que no podemos lograr el resultado en un ambiente natural, necesitamos describir como hemos tomado esa decisión y qué haremos para trasladar los servicios y apoyos a un ambiente natural tan pronto como sea posible.

Este resultado no se puede lograr si se proporcionan los servicios y apoyos en ambientes naturales porque:

Trabajaremos para proporcionar apoyos y servicios en ambientes naturales para lograr este resultado en (describa el plan y fecha límite):

Resultado para el(la) Niño(a)/Familia

Resultado # ____ ¿Este resultado se enfoca en habilidades de preparación preescolar? Sí
 (Lo que queremos ver como resultado apoyos y servicios de intervención temprana a nuestro(a) niño(a)/familia.)

¿Cómo sabremos que hemos tenido algún progreso?

(Incluya la fecha, lo que hará el(la) niño(a)/la familia, y cómo sabrá que está sucediendo. Por ejemplo "Para su primer cumpleaños (1/1/10) sus padres reportarán que Juanito gatea con sus manos y rodillas de su recamara hasta la sala")

Nuestras Estrategias: (Quién hará Qué en Cuál de las Rutinas diarias, actividades y lugares para lograr este resultado)

(Marque) Abajo si la estrategia se enfoca en habilidades de preparación preescolar

* Apoyos y servicios se deben proporcionar a su hijo en entornos naturales o típicos para niños de la misma edad (ambientes naturales). Si, como equipo decidimos que no podemos lograr el resultado en un ambiente natural, necesitamos describir como hemos tomado esa decisión y qué haremos para trasladar los servicios y apoyos a un ambiente natural tan pronto como sea posible.

Este resultado no se puede lograr si se proporcionan los servicios y apoyos en ambientes naturales porque:

Trabajaremos para proporcionar apoyos y servicios en ambientes naturales para lograr este resultado en (describa el plan y fecha límite):

Resultado para el(la) Niño(a)/Familia

Resultado # ____ ¿Este resultado se enfoca en habilidades de preparación preescolar? Sí
 (Lo que queremos ver como resultado apoyos y servicios de intervención temprana a nuestro(a) niño(a)/familia.)

¿Cómo sabremos que hemos tenido algún progreso?

(Incluya la fecha, lo que hará el(la) niño(a)/la familia, y cómo sabrá que está sucediendo. Por ejemplo "Para su primer cumpleaños (1/1/10) sus padres reportarán que Juanito gatea con sus manos y rodillas de su recámara hasta la sala")

Nuestras Estrategias: (Quién hará Qué en Cuál de las Rutinas diarias, actividades y lugares para lograr este resultado)

(Marque) Abajo si la estrategia se enfoca en habilidades de preparación preescolar

* Apoyos y servicios se deben proporcionar a su hijo en entornos naturales o típicos para niños de la misma edad (ambientes naturales). Si, como equipo decidimos que no podemos lograr el resultado en un ambiente natural, necesitamos describir como hemos tomado esa decisión y qué haremos para trasladar los servicios y apoyos a un ambiente natural tan pronto como sea posible.

Este resultado no se puede lograr si se proporcionan los servicios y apoyos en ambientes naturales porque:

Trabajaremos para proporcionar apoyos y servicios en ambientes naturales para lograr este resultado en (describa el plan y fecha límite):

Resultado para el(la) Niño(a)/Familia

Resultado # ____ ¿Este resultado se enfoca en habilidades de preparación preescolar? Sí
 (Lo que queremos ver como resultado apoyos y servicios de intervención temprana a nuestro(a) niño(a)/familia.)

¿Cómo sabremos que hemos tenido algún progreso?

(Incluya la fecha, lo que hará el(la) niño(a)/la familia, y cómo sabrá que está sucediendo. Por ejemplo "Para su primer cumpleaños (1/1/10) sus padres reportarán que Juanito gatea con sus manos y rodillas de su recamara hasta la sala")

Nuestras Estrategias: (Quién hará Qué en Cuál de las Rutinas diarias, actividades y lugares para lograr este resultado)

(Marque) Abajo si la estrategia se enfoca en habilidades de preparación preescolar

* Apoyos y servicios se deben proporcionar a su hijo en entornos naturales o típicos para niños de la misma edad (ambientes naturales). Si, como equipo decidimos que no podemos lograr el resultado en un ambiente natural, necesitamos describir como hemos tomado esa decisión y qué haremos para trasladar los servicios y apoyos a un ambiente natural tan pronto como sea posible.

Este resultado no se puede lograr si se proporcionan los servicios y apoyos en ambientes naturales porque:

Trabajaremos para proporcionar apoyos y servicios en ambientes naturales para lograr este resultado en (describa el plan y fecha límite):

Resultado para el(la) Niño(a)/Familia

Resultado # ____ ¿Este resultado se enfoca en habilidades de preparación preescolar? Sí
 (Lo que queremos ver como resultado apoyos y servicios de intervención temprana a nuestro(a) niño(a)/familia.)

¿Cómo sabremos que hemos tenido algún progreso?

(Incluya la fecha, lo que hará el(la) niño(a)/la familia, y cómo sabrá que está sucediendo. Por ejemplo "Para su primer cumpleaños (1/1/10) sus padres reportarán que Juanito gatea con sus manos y rodillas de su recámara hasta la sala")

Nuestras Estrategias: (Quién hará Qué en Cuál de las Rutinas diarias, actividades y lugares para lograr este resultado)

(Marque) Abajo si la estrategia se enfoca en habilidades de preparación preescolar

* Apoyos y servicios se deben proporcionar a su hijo en entornos naturales o típicos para niños de la misma edad (ambientes naturales). Si, como equipo decidimos que no podemos lograr el resultado en un ambiente natural, necesitamos describir como hemos tomado esa decisión y qué haremos para trasladar los servicios y apoyos a un ambiente natural tan pronto como sea posible.

Este resultado no se puede lograr si se proporcionan los servicios y apoyos en ambientes naturales porque:

Trabajaremos para proporcionar apoyos y servicios en ambientes naturales para lograr este resultado en (describa el plan y fecha límite):

Plan de Transición

Fecha del 3er cumpleaños del(la) niño(a): ____

Fecha en que se inicio este Plan de Transición: ____

(A los 24 meses o por lo menos 6 meses antes que inicie el año escolar en el que el(la) niño(a) cumpla 3 años, lo que suceda primero)

Opción del(los) Padre(s) con respecto a cuando el(la) niño(a) va a efectuar la transición:

- Al iniciar el año escolar en el que el(la) niño(a) cumpla 3
 Al iniciar el año escolar después que el niño cumpla 3
 Otra fecha del año escolar donde el(la) niño(a) cumpla 3

Fecha Programada para la Conferencia de Transición:

(A mas tardar 90 días antes de que el(la) niño(a) cumpla tres años, o 90 días antes de iniciar el ciclo escolar en el que el(la) niño(a) vaya a efectuar la transición)

¿Se determinó elegible para IDEA Parte B? Sí No

En caso afirmativo, fecha de determinación de elegibilidad por la Agencia Local de Educación (LEA) ____

Fecha Programada para efectuar la Transición: ____

Prioridades y metas para la transición de mi niño(a):

Requisitos para el Plan de Transición	Pasos a Seguir/ Actividades	Persona(s) Responsable(s)	Fecha de Conclusión
a) Informar a el(los) padre(s) acerca de posibles opciones de preescolar (incluye servicios de educación preescolar especial(Parte B); NMSBVI; NMSD; Head Start; cuidado infantil y otros servicios comunitarios)			
b)) Informar a el(los) padre(s) acerca de las opciones de cuando se puede efectuar la transición del(a) niño(a), incluyendo la Opción de Extensión a Parte C			
c) Proporcionar la oportunidad para que el(los) padre(s) visite(n) y reciban información de proveedores de servicios de preescolar			
d) Enviar la Forma para Referencia de Transición a la Agencia Local de Educación* (por lo menos 60 días antes de la Conferencia de Transición y si es posible 6 meses antes del 3er cumpleaños del(a) niño(a))			
e) Programar la Conferencia de Transición: con la participación del(los) padre(s) y proveedores de servicios de preescolar			
f) Coordinar la elaboración del Resumen para la Valoración de Transición" y entregar a la LEA (por lo menos 30 días antes de la Conferencia de Transición)			
g) Enviar una invitación por escrito para la Conferencia de Transición a el(los) padre(s) y partes apropiadas (por lo menos 30 días antes de la Conferencia de Transición).			

*se requiere para niños elegibles bajo las categorías de Retrazo en el Desarrollo o Condición Establecida

Firma del Padre: _____ Firma del(la) Coordinador(a) de Servicios: _____

Firma del Padre: _____

Conferencia de Transición

Fecha de esta Conferencia de Transición: ____

¿Se efectuó esta Conferencia de Transición por lo menos 90 días antes del tercer cumpleaños del(a) niño(a), o 90 días antes del inicio escolar en el que el(la) niño(a) llevaría a cabo la transición? Sí No

En caso negativo - ¿Cuál fue la razón por la que se excedió del tiempo requerido? ____

(Nota: Use la Página de Firmas de la Conferencia de Transición para documentar la asistencia/participación de miembros del equipo)

Requisitos para el Plan de Transición	Pasos a Seguir/ Actividades	Persona(s) Responsable(s)	Fecha de Conclusión
a) Asista a la familia a decidir donde y cuando quiere que su niño(a) efectúe la transición. Repase con los padres las opciones para su niño(a) (incluye, servicios de educación preescolar especial(Parte B); NMSBVI; NMSD; Head Start; cuidado infantil y otros servicios comunitarios).	El Niño efectuará su transición a: Fecha Anticipada para Transición:		
b) Con aprobación de los padres transferir documentación relevante (incluye, información de valoraciones y IFSP actual).			
c) Repase la información actual de evaluación y valoraciones.			
d) Decidir qué otras actividades necesitan completarse antes de que el(la) niño(a) sea transferido a su nuevo entorno de servicios (incluyendo, cuestiones de inscripción; vacunas; transporte, necesidades medicas, etc.)			
e) LEA otorgará a los padres una copia de los procedimientos de garantías resguardadas bajo la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (DEA)			
f) LEA obtendrá consentimiento de los padres para llevar a cabo una evaluación inicial. (Elegibilidad para Parte B debe determinarse a la edad de 3*)	Fecha en la que elegibilidad para Parte B se debe determinar:		
g) Si el(la) niño(a) permanece en el Programa de FIT después de cumplir 3 años - planear una fecha para revisar el IFSP y dar enfoque a habilidades de preparación para preescolar (incluyendo conceptos de pre-escritura/lectura y conceptos pre-aritméticos)	Fecha Anticipada de Revisión del IFSP:		
h) Hablar acerca de la fecha anticipada para la junta del Programa Individualizado de Educación (IEP) (a mas tardar 15 días antes de que el(la) niño(a) entre al programa de preescolar).	Fecha Anticipada para la Junta del IEP:		
i) Decidir si hay necesidad para seguimiento post-transición (incluyendo Coordinación de Servicio, consulta con personal nuevo, etc.)			
j) Decidir cuando evaluar si la transición fue fluida y efectiva.			

*se requiere para niños elegibles bajo las categorías de Retrazo en el Desarrollo o Condición Establecida

Conferencia de Transición - Página de Firmas

Las siguientes personas participaron en esta Conferencia de Transición:

Nombre Impreso (Papel que Desempeña/Disciplina Licencia/Certificación)	Firma	Fecha	Método de Participación	Información de la Agencia/Contacto

Además de las personas indicadas aquí arriba, la información sobre esta Conferencia de Transición deberá enviarse por correo a:

Proveedor de Cuidado Principal: _____

Otro: _____

* Complete la forma de autorización para enviar información

Consentimiento Informado por Padres/Tutores

He recibido una copia por escrito y explicación verbal de mis derechos dentro del Programa FIT incluyendo el derecho de:

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar ▪ Una evaluación ▪ Dar consentimiento | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confidencialidad ▪ Notificación anticipada sobre juntas ▪ Revisar expedientes ▪ Entender información (en idioma natal) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entregar una queja ▪ Ayuda para resolver desacuerdos |
|--|---|---|
- Un plan dentro de 45 días

Participé totalmente en la Conferencia de Transición y en el desarrollo de los pasos a seguir y las actividades

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Apoyos y Servicios Necesarios para Lograr Resultados

Este es un resumen de las decisiones efectuadas por el equipo del Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP) concerniente a los apoyos y los servicios necesarios para llevar a cabo TODOS los resultados.

IFSP Ayudas y Servicios	Para ayudar con el Resultado #	Tipo de servicio (Continuo/ Consulta/ Valoración/Seguimiento)	Entornos (Vea los códigos al final de esta página)	Método (C) Grupo (G) o Individual (I)	Frecuencia (Por ejemplo 1x = 1 vez, 2x=2 veces)	Período (Día/Semana/Mes/ Trimestre/Año)	Intensidad (Escriba # de minutos)	Proveedor de Servicio (Nombre)	Proveedor de Servicio (Agencia)	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Recurso Financiero (Vea códigos al final de esta página)	Otros Servicios
Las horas de FIT totales por mes (excluyendo FSC, Cuidado de Relevó, Medicaid SALUD y servicios financiados bajo la categoría de "Otro")*							horas	Lugar Primario de Servicios (Donde >50% de los servicios ocurren)					

* Se debe entregar una solicitud previa de autorización a DOH si más de 14 horas

[Nota: Hasta 12 horas por año de consulta entre el personal se puede proporcionar para cada uno de los servicios antes mencionados]

<u>Códigos de Servicio:</u>	<u>Códigos de Entornos:</u>	<u>Códigos de Recurso Financiero:</u>
AT = Tecnología de Asistencia	H= Hogar (puede incluir algunos servicios fuera del hogar)	M = Medicaid (cobro-por-servicio)
Aud = Audiología	CBS = Servicios Basados en la Comunidad (guardería, Early Head Start, parque etc.)	DOH = Dept. of Health (Fondos Generales del Estado)
DI = Instrucción de Desarrollo	DDP = Programas para Retraso en el Desarrollo (< 50% de niños de desarrollo típico)	O = Otro (SALUD, WIC, Head Start, CYFD, Optum Health, etc.)
FSC = Coordinación de Servicios a Familias	IPL = Lugar de Inclusión del Proveedor (> 51% de niños de desarrollo típico)	
FTC&T = Terapia Familiar, Consejería y Capacitación	OS = Otro Entorno	
HS = Servicios de Salud (para apoyar servicios de IT)		
MS = Servicios Médicos (para apoyar servicios de IT)		
Nur = Servicios de Enfermería		
Nut = Servicios de Nutrición		
OT = Terapia Ocupacional		
PT = Terapia Física		
Psy = Servicios Psicológicos		
SW = Servicios de Trabajo Social		
SLP = Terapia de Habla y Lenguaje		
Trans = Transporte (para recibir servicios de IT)		
VS = Servicios de Visión		

Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP)

Las siguientes personas han participado en el desarrollo de este plan IFSP y ayudarán a llevarlo a cabo.

NOTA: El equipo IFSP deberá incluir a padres/tutores; coordinador(a) de servicios; personas directamente involucradas en conducir las evaluaciones y valoraciones; otras personas según sean solicitadas por los padres (familia, amistades, abogados); y personal que proporciona servicios al(a) niño(a)/familia

Nombre Impreso (Papel que Desempeña/Disciplin Licencia/Certificación)	Firma	Fecha	Método de Participación	Información de la Agencia/Contacto

Además de las personas indicadas aquí arriba, la información sobre este IFSP debe enviarse por correo a:

Proveedor de Cuidado Principal: _____

Otro: _____

* Complete la forma de autorización para enviar información

Consentimiento Informado por Padres/Tutores

He recibido una copia por escrito y explicación verbal de mis derechos dentro del Programa FIT incluyendo el derecho de:

- | | | |
|---------------------------|--|-----------------------------------|
| ▪ Participar | ▪ Confidencialidad | ▪ Entregar una queja |
| ▪ Una evaluación | ▪ Notificación anticipada sobre juntas | ▪ Ayuda para resolver desacuerdos |
| ▪ Dar consentimiento | ▪ Revisar expedientes | |
| Un plan dentro de 45 días | ▪ Entender información (en idioma natal) | |

Yo participé completamente en el desarrollo de este plan; y

Doy consentimiento para que este Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP) se lleve a cabo como se ha escrito; o

No acepto que este ISFP se lleve a cabo como se escribió, sin embargo, doy mi consentimiento para que los siguientes servicios inicien: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Revisión Periódica del IFSP

Fecha de Revisión del IFSP: ____

Una revisión del IFSP debe suceder cada seis meses. Revise la página de **Resultados para Niño(a)/Familia** y la página de **Apoyos y Servicios** si: 1) las estrategias o servicios necesitan cambiarse; 2) algún resultado se ha modificado; o 3) se ha agregado un resultado nuevo.

Nota: La revisión periódica del IFSP debe incluir al (los) padre(s)/tutor(es) y el(la) coordinador(a) de servicios y otras personas según sea apropiado

Nuevas preocupaciones/eventos significativos

Resultado #	Describa el Progreso	Estado (marque uno de los siguientes)
		<input type="checkbox"/> Resultado obtenido <input type="checkbox"/> Continuar con el Resultado <input type="checkbox"/> Modificar resultado
		<input type="checkbox"/> Resultado obtenido <input type="checkbox"/> Continuar con el Resultado <input type="checkbox"/> Modificar resultado
		<input type="checkbox"/> Resultado obtenido <input type="checkbox"/> Continuar con el Resultado <input type="checkbox"/> Modificar resultado
		<input type="checkbox"/> Resultado obtenido <input type="checkbox"/> Continuar con el Resultado <input type="checkbox"/> Modificar resultado
		<input type="checkbox"/> Resultado obtenido <input type="checkbox"/> Continuar con el Resultado <input type="checkbox"/> Modificar resultado

Firmas de los Miembros del Equipo (Incluyendo Padres/Tutores)

Nombre Impreso (Papel que Desempeña/Disciplina Licencia/Certificación)	Firma	Fecha	Método de Participación	Información de la Agencia/Contacto