



Tabla de contenido

ETAPAS	ACTIVIDAD	Formularios adicionales
I: Identificación: <i>Derivación y admisión</i>	Derivación CIS-01 Admisión inicial CIS-02	Autorización CIS-03 Información del seguro CIS-02 suplementario
II: Recopilación y resumen de información: <i>Detección, evaluación y determinación de la elegibilidad</i>	Sus recursos y apoyos Información de salud del adulto - A - clientes Información de salud del niño Resumen	Notificación y consentimiento para evaluaciones Elegibilidad/diagnóstico Entrevista basada en rutinas
III: Desarrollo del plan: <i>Metas y resultados individualizados</i>	Sus preocupaciones, esperanzas y prioridades Sus resultados Cuadro de servicios	Consentimiento para iniciar servicios Cobertura de One Plan
IV: Prestación de servicios	Revisión del plan	Autorización previa Notas de visita a domicilio
V: Transición/salida	Plan de transición	
VI. Caja de herramientas	Proceso Ecomap Guía para la entrevista sobre desarrollo infantil Diagnóstico y determinación de la elegibilidad Solicitud de apoyo familiar (copia impresa) Pautas de uso recomendadas Psicosocial y de desarrollo Herramientas para embarazadas y posparto Mujeres y niños de 0 a 6 años (web) Portada del One Plan Notas de visita a domicilio	

Leyenda:

- Formulario obligatorio** **Obligatorio para clientes menores de edad**
- Herramientas disponibles** **Obligatorio para clientes adultos**

Nombre del cliente:

Fecha de derivación:

Fecha del consentimiento firmado:



Sus recursos y apoyos

Estas son sus páginas para compartir sus fortalezas, recursos, preocupaciones y prioridades. Comparta únicamente la información con la que se sienta cómodo. Sus respuestas nos ayudarán:

- A responder a sus preguntas y abordar sus preocupaciones.
- A conocer sus necesidades o las de su hijo y su familia o, en el caso de los proveedores de servicios de cuidado infantil, las necesidades de su programa.
- A desarrollar con usted sus metas y resultados para usted, su hijo y su familia, o su programa de cuidado infantil.
- A ayudarle a identificar los recursos comunitarios y otros apoyos que le serán útiles a usted, a su hijo y a su familia, o a los niños y familias a los que usted atiende si es proveedor de servicios de cuidado infantil.

Información facilitada por:	Fecha:
Personas importantes o útiles para mí/mi familia/mi personal de cuidado infantil/los niños inscritos en mi programa (p. ej., familia, miembros de la familia extendida, amigos y vecinos, personas de la iglesia, agencias comunitarias, escuela, guardería, otros proveedores de servicios, proveedores de atención médica)	



Información de salud del adulto
(familias en gestación/posparto y clientes padres)

Historial de embarazo, parto y médico (solo personas en gestación o posparto)	
Proporcione detalles sobre cualquier historial prenatal, de parto o médico familiar importante:	
Fecha de mi primera cita médica para el embarazo:	Mi próxima cita:
Metas de peso durante el embarazo, 3 meses, posparto, a largo plazo:	
Creencias y actividades culturales/familiares que son importantes para mí sobre mi embarazo, parto y/o crianza:	
Fecha del parto:	Obstetra/partera:
Su salud: (Para todos los clientes adultos, describa o explique lo siguiente)	
Preocupaciones de salud en curso o diagnóstico:	
¿Toma algún medicamento de forma habitual, incluyendo preparados a base de hierbas, medicamentos de venta libre o suplementos nutricionales?	
Su nutrición: preferencias alimentarias generales/dietas especiales o problemas de alimentación:	
Sus períodos de siesta, sueño y descanso:	
Su actividad física diaria/semanal:	
Cualquier problema de seguridad personal:	
¿Está expuesta al alcohol, tabaco, plomo u otras sustancias que podrían afectarle a usted, su bienestar o su embarazo?	
¿Cuándo empezaron sus inquietudes y ha recibido algún servicio o tratamiento?	
Contacto de emergencia:	Teléfono: () - ext.



Información de salud del niño

Nombre del niño:

Fecha:

Información e historial de mi hijo:			
Describa las fortalezas y los intereses de su hijo			
¿Cuándo empezaron sus preocupaciones y su hijo ha recibido algún servicio o tratamiento?			
En caso afirmativo, ¿los servicios/tratamientos tuvieron éxito?			
Describa el desarrollo o comportamiento de su hijo en la primera infancia. ¿Le preocupaba algo?			
Proporcione detalles sobre el historial prenatal, de nacimiento o de salud que considere relevante.			
¿A su hijo le han diagnosticado algún trastorno físico, psicológico o del desarrollo?			
¿Hay algún acontecimiento en la vida de su hijo que podría afectar a su desarrollo o bienestar?			
Salud general			
Nombre del médico de su hijo:			
Nombre del dentista de su hijo:			
¿Su hijo toma algún medicamento de forma habitual, incluyendo preparados a base de hierbas, medicamentos de venta libre o suplementos nutricionales?			
¿Su hijo goza de buena salud en general?			
Si su hijo suele enfermarse, describa lo que le preocupa:			
Fecha de cualquier hospitalización:		Motivo:	
Examen de la vista:	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Edad:	Examen auditivo:
			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
			Edad:
¿Qué le gusta comer a su hijo? ¿Sigue alguna dieta especial? ¿Está amamantando a su hijo?			
¿Cómo duerme su hijo la siesta o por la noche?			
¿Las vacunas están al día?			
¿Su hijo ha estado expuesto al alcohol, tabaco, plomo u otras sustancias que podrían afectar su desarrollo o bienestar?			
¿Tiene alguna preocupación sobre la seguridad de su hijo?			

Nombre del cliente:

Fecha de derivación:

Página 4

Fecha del consentimiento firmado:



INFORME RESUMIDO

Este informe resume toda la información que hemos recopilado para responder a sus preocupaciones. La información se recopiló con su consentimiento.

Este informe le proporciona un registro de sus recursos y apoyos, sus preocupaciones, información de salud relevante y recomendaciones. En el caso de los niños, el informe también explica sus capacidades, fortalezas y necesidades actuales en relación con las rutinas, actividades y entornos cotidianos de su familia. En el caso de los proveedores de cuidado infantil, el informe puede abordar las necesidades del programa, el desarrollo o necesidades del personal, o identificar áreas de fortalezas o necesidades relacionadas con las necesidades especializadas de los niños inscritos en su programa.

La información recopilada para este informe le ayudará a usted y a su equipo a elaborar un plan para abordar sus preocupaciones y esperanzas.

Motivo de la derivación:

Fuentes de información:

Historial:

Nombre del cliente:

Fecha de derivación:

Página 5

Fecha del consentimiento firmado:



NOTA: Haga clic en el ícono "Exit Design Mode" (Salir del modo de diseño) **desactivado** (ver el ejemplo de la izquierda) antes de utilizar los documentos de One Plan

Observaciones y resultados de la evaluación:

Resumen:

Recomendaciones:

Nombre/acreditaciones

Fecha

Nombre/acreditaciones

Fecha

Nombre/acreditaciones

Fecha

Nombre/acreditaciones

Fecha



Sus preocupaciones, esperanzas y prioridades

Esta página de su plan resumirá sus preocupaciones y le ayudará a decidir qué es lo más importante para usted, su familia o su programa en este momento. Sus inquietudes pueden derivarse de sus experiencias y de los resultados de pruebas de detección o evaluaciones formales.

En la siguiente sección, usted y su equipo desarrollarán un plan de servicios. El plan abordará las preocupaciones que considere más significativas e importantes para usted y/o su hijo, o su programa.

Su plan identificará lo siguiente:

- Lo que quiere que ocurra para usted, su familia o su hijo, o su programa.
- Cómo usted y el equipo abordarán sus metas.
- Quién es responsable de la prestación de servicios.
- Las fechas de inicio y finalización de los servicios.
- El lugar para recibir sus servicios (no dude en indicar al equipo el sitio más conveniente para usted).
- Un Coordinador de Servicios que le ayudará a identificar y coordinar los servicios que necesita.
- Para programas de cuidado infantil: lo que desea que suceda para abordar sus inquietudes.

Sus preocupaciones y esperanzas:	Prioridad (n.º)



Sus resultados*

(*Complete una hoja de resultados para cada resultado)

Para duplicar esta página: con el mouse, resalte toda la página, haga clic con el botón derecho, seleccione "Copiar", haga clic para colocar el cursor en la parte superior de la página, haga clic con el botón derecho de nuevo y, seleccione "Pegar".

N.o de resultado: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Mujer en etapa prenatal/posparto <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado infantil		
Fecha del plan: - - <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Revisión <input type="checkbox"/> Revisión anual <input type="checkbox"/> Transición		
Queremos: (<i>¿Qué le gustaría que pasara?</i>)		Para que: (<i>¿Por qué es importante?</i>)
Resultado: <i>¿Cómo sabremos que hemos logrado nuestros objetivos? (Incluya los criterios).</i>		<i>¿Qué recursos tenemos para ayudar en este resultado?</i>
Estrategias y actividades:	¿Quién ayudará?	¿Cuándo y dónde?
Empty space for strategies and activities		
¿Con qué frecuencia debería reunirse el equipo para revisar este resultado? _____		Fecha de revisión:
Fecha revisado	Revisión de resultados (describa los progresos)	Estatus
		<input type="checkbox"/> Logrado <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Cambiar resultado/actividades
		<input type="checkbox"/> Logrado <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Cambiar resultado/actividades
		<input type="checkbox"/> Logrado <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Cambiar resultado/actividades

Nombre del cliente:

Fecha de derivación:

Fecha del consentimiento firmado:

Servicios

Este es un resumen de los apoyos/servicios necesarios para lograr los resultados identificados en su plan. Este plan ha sido elaborado por usted y su Equipo CIS.

Apoyos y servicios	N.º de resultado	Título/agencia del proveedor cualificado	Ubicación (¿El lugar es el entorno natural del cliente?)	¿Cuánto tiempo por mes? <small>(horas/mes)</small>	Fecha de inicio prevista	Fecha de inicio real	Pagador
Coordinación de servicios							<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR
							<input type="checkbox"/> Plazo de 30 días cumplido <u> </u> N.º de días transcurridos desde la fecha de consentimiento: <input type="checkbox"/> Plazo no cumplido debido a circunstancias familiares (explique):
	<input type="checkbox"/> Nuevo resultado <input type="checkbox"/> Nueva frecuencia <input type="checkbox"/> Resultado (cont.) <input type="checkbox"/> Servicio finalizado		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Ubicación del proveedor de servicios <input type="checkbox"/> Justificación del SPL archivado				<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR
							<input type="checkbox"/> Plazo de 30 días cumplido <u> </u> N.º de días transcurridos desde la fecha de consentimiento: <input type="checkbox"/> Plazo no cumplido debido a circunstancias familiares (explique):
	<input type="checkbox"/> Nuevo resultado <input type="checkbox"/> Nueva frecuencia <input type="checkbox"/> Resultado (cont.) <input type="checkbox"/> Servicio finalizado		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Ubicación del proveedor de servicios <input type="checkbox"/> Justificación del SPL archivado				<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR
							<input type="checkbox"/> Plazo de 30 días cumplido <u> </u> N.º de días transcurridos desde la fecha de consentimiento: <input type="checkbox"/> Plazo no cumplido debido a circunstancias familiares (explique):
	<input type="checkbox"/> Nuevo resultado <input type="checkbox"/> Nueva frecuencia <input type="checkbox"/> Resultado (cont.) <input type="checkbox"/> Servicio finalizado		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Ubicación del proveedor de servicios <input type="checkbox"/> Justificación del SPL archivado				<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR
							<input type="checkbox"/> Plazo de 30 días cumplido <u> </u> N.º de días transcurridos desde la fecha de consentimiento: <input type="checkbox"/> Plazo no cumplido debido a circunstancias familiares (explique):

Nombre del cliente:

Fecha de derivación:

Fecha del consentimiento firmado:

Servicios (cont.*)

Este es un resumen de los apoyos/servicios necesarios para lograr los resultados identificados en su plan. Este plan ha sido elaborado por usted y su Equipo CIS.

Apoyos y servicios	N.º de resultado	Título/agencia del proveedor cualificado	Ubicación (¿El lugar es el entorno natural del cliente?)	¿Cuánto tiempo por mes? <small>(horas/mes)</small>	Fecha de inicio prevista	Fecha de inicio real	Pagador
	<input type="checkbox"/> Nuevo resultado <input type="checkbox"/> Nueva frecuencia <input type="checkbox"/> Resultado (cont.) <input type="checkbox"/> Servicio finalizado		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Ubicación del proveedor de servicios <input type="checkbox"/> Justificación del SPL archivado				<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR
				<input type="checkbox"/> Plazo de 30 días cumplido <u> </u> N.º de días transcurridos desde la fecha de consentimiento: <input type="checkbox"/> Plazo no cumplido debido a circunstancias familiares (explique):			
	<input type="checkbox"/> Nuevo resultado <input type="checkbox"/> Nueva frecuencia <input type="checkbox"/> Resultado (cont.) <input type="checkbox"/> Servicio finalizado		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Ubicación del proveedor de servicios <input type="checkbox"/> Justificación del SPL archivado				<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR
				<input type="checkbox"/> Plazo de 30 días cumplido <u> </u> N.º de días transcurridos desde la fecha de consentimiento: <input type="checkbox"/> Plazo no cumplido debido a circunstancias familiares (explique):			
	<input type="checkbox"/> Nuevo resultado <input type="checkbox"/> Nueva frecuencia <input type="checkbox"/> Resultado (cont.) <input type="checkbox"/> Servicio finalizado		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Ubicación del proveedor de servicios <input type="checkbox"/> Justificación del SPL archivado				<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR
				<input type="checkbox"/> Plazo de 30 días cumplido <u> </u> N.º de días transcurridos desde la fecha de consentimiento: <input type="checkbox"/> Plazo no cumplido debido a circunstancias familiares (explique):			
	<input type="checkbox"/> Nuevo resultado <input type="checkbox"/> Nueva frecuencia <input type="checkbox"/> Resultado (cont.) <input type="checkbox"/> Servicio finalizado		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Ubicación del proveedor de servicios <input type="checkbox"/> Justificación del SPL archivado				<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR
				<input type="checkbox"/> Plazo de 30 días cumplido <u> </u> N.º de días transcurridos desde la fecha de consentimiento: <input type="checkbox"/> Plazo no cumplido debido a circunstancias familiares (explique):			

*Añada páginas de servicios adicionales según sea necesario

Nombre del cliente:

Fecha de derivación:

Página 10

Fecha del consentimiento firmado:

Miembros de su equipo y su consentimiento

Los siguientes miembros del equipo han participado en el desarrollo de su plan y pueden ayudar a llevarlo a cabo. Entre los miembros se incluyen usted (o padre/madre/tutor), el Coordinador de Servicios, las personas que han realizado las evaluaciones, otras personas a petición suya (p. ej., un amigo, un familiar, personal de una agencia comunitaria, etc.) y las personas que prestarán los servicios.

Nombre	Cargo/n.º de teléfono	Firma	Fecha
	Coordinador de Servicios		

Firma del médico (si corresponde)**

Fecha

Consentimiento para iniciar/cambiar/continuar los servicios:

Ha completado su plan. Ahora se necesita su consentimiento antes de iniciar cualquier servicio. Su firma indica su consentimiento. Siempre que haya una revisión de su plan, se le pedirá que otorgue su consentimiento. Es importante que participe en todas las fases del plan.

Si no está de acuerdo con alguna parte de su plan o cree que no está recibiendo los servicios adecuados, tiene derecho a expresar sus preocupaciones. Si lo desea, puede hablar con su Coordinador de Servicios o su Coordinador del CIS (sus nombres e información de contacto se indican más adelante).

- He recibido una copia escrita y una explicación verbal de mis derechos. Comprendo estos derechos. (Únicamente Intervención en la Primera Infancia).
- He participado plenamente en la elaboración de este Plan.
- Doy mi consentimiento para que este Plan se lleve a cabo tal y como está redactado y para la prestación de servicios.
- No acepto este Plan tal y como está redactado, pero doy mi consentimiento para que se inicien los siguientes servicios:

Cliente/padre/madre/tutores legales/tutor educativo designado

Fecha

Padre/madre/tutores legales/tutor educativo designado

Fecha

Coordinador de Servicios: _____ Teléfono: _____

Coordinador CIS: _____ Teléfono: _____

Consentimiento para evaluaciones

Aviso y consentimiento para evaluaciones

Para responder a sus preguntas y ayudar a planificar los servicios según sus inquietudes, colaboraremos con usted, su hijo o su programa para reunir más información en una evaluación (p. ej., entrevista, prueba de detección o evaluación). Usted puede ayudar a planificar la evaluación y se le informará antes de que se inicie. Una vez finalizada la evaluación, su equipo se reunirá con usted para analizar los resultados y elaborar un plan. Comuníquese con su Coordinador de Servicios si tiene alguna pregunta.

Están previstas las siguientes evaluaciones:

- Otorgo mi permiso para el inicio de la evaluación. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puede revocarse por cualquier motivo durante el proceso de evaluación inicial. Para los servicios de la Parte C, los resultados de esta evaluación estarán a disposición del equipo que determina la elegibilidad de mi hijo.
- No otorgo mi permiso para esta evaluación.

Firma

Fecha

Nombre del Coordinador de Servicios

Número de teléfono

Revisión del Plan*

Motivo de la revisión:	Fecha:
<input type="checkbox"/> Revisión planificada <input type="checkbox"/> Revisión anual <input type="checkbox"/> Cambio en los servicios/actualización/derivación	
Estatus actual:	
Fuentes de información:	
Observaciones y resultados de la evaluación:	
Resumen:	
Recomendaciones:	

Nombre/acreditaciones	Fecha	Nombre/acreditaciones	Fecha
Nombre/acreditaciones	Fecha	Nombre/acreditaciones	Fecha

**Adjunte todas las páginas de resultados nuevos/modificadas/actualizados, el cuadro de servicios y el consentimiento para servicios.*

Nombre del cliente:	Fecha de derivación:	Página 13
	Fecha del consentimiento firmado:	

Plan de transición*

Motivo de la transición:	
Fecha del plan:	Fecha real de la transición:
<input type="radio"/> El niño cumple 3 años <input type="radio"/> El niño cumple 6 años <input type="radio"/> Ya no necesita servicios Motivo:	<input type="radio"/> Retiro de la familia de los servicios Explique: <input type="radio"/> Mudanza fuera del estado/región Mudanza a: <input type="radio"/> No es posible contactar a la familia o al cliente Explique: <input checked="" type="radio"/> Otro:
Sus preocupaciones y esperanzas para la transición	N.º de prioridad

Equipo de transición: (R = Es obligatorio que esté presente durante la conferencia de transición cuando se pasa a EEE)			
Nombre del miembro del equipo	Teléfono	Rol	Iniciales/fecha
		Padre/madre/tutor legal; padre/madre sustituto/a (R)	
		Padre/madre/tutor legal	
		Coordinador de Servicios (R)	
		Proveedores de servicios actuales (R) (p. ej., educador del desarrollo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, patólogo del habla y lenguaje)	
		Representante del distrito escolar (R)	
		Futuros proveedores de servicios	
		Otro	

**Adjunte un resumen actualizado de las evaluaciones y resultados recientes, el cuadro de servicios y el consentimiento para los servicios según sea necesario.*

Servicios Integrados para Niños: Intervención en la Primera Infancia
(Requisitos adicionales para la transición de CIS: EI a EEE)

Plan de transición:			
Pasos/apoyos/servicios necesarios para una transición exitosa de la familia	Personas responsables	Fecha completado	Motivos del retraso
Consentimiento de los padres (necesario únicamente para que se celebre la reunión de transición).			
Notificación de 6 meses enviada (para niños potencialmente elegibles para EEE). Nota: no es necesario el consentimiento de los padres.			
Planificar y enviar la notificación a todos los asistentes a la reunión de transición.			
Reunión de transición celebrada al menos 90 días antes del tercer cumpleaños del niño.			
Copias del Plan de Transición —con los pasos y servicios— entregadas a la familia y a los miembros del equipo.			
Los expedientes actualizados se revisarán con el equipo y se entregarán copias al EEE y/o a otros proveedores de servicios (con permiso de los padres).			
El IEP se ha establecido a más tardar en el tercer cumpleaños del niño.	LEA		
Datos de resultados del niño completados.			