

# Instrucciones

Última actualización: 3/2021

## Propósito

El formulario 4207 consiste en las últimas páginas obligatorias del Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP), donde se anotan los servicios de intervención temprana programados para el niño. La página 1 también se usa para enviar información por fax al Pasaporte de Salud sobre los niños que se encuentran en situación de acogida. La información que aparece en la página 1 del formulario se incluirá en el Pasaporte de Salud.

## Copias y distribución

Entregar una copia a los padres.

Ver las instrucciones especiales.

## Retención de expedientes

Salvo que las leyes estatales o federales establezcan un plazo más largo, el subcontratista debe retener los expedientes durante 7 años una vez que el niño haya sido dado de alta de los servicios.

## Instrucciones detalladas

1. **Nombre del niño.** Escriba el nombre del niño que cumple los requisitos de ECI.
2. **Núm. de ID.** Escriba el número de ID local o el número de caso de TKIDS.
3. **Programa ECI.** Escriba el nombre de la dependencia que le atiende.

Proporcione los siguientes datos en la sección "Información sobre los servicios":

4. **Servicios.** Escriba el tipo de servicios de ECI que el niño necesita de acuerdo con el equipo interdisciplinario. Use las abreviaturas indicadas en la página 1.

5. **Especialidad del proveedor.** Escriba la especialidad del proveedor que proporcionará los servicios planeados. Para la administración de casos (CM), dé el nombre del coordinador de servicios (SC). Si la coordinación de servicios cambia en algún momento, debe documentarse la asignación del nuevo SC y anexarse al IFSP.
6. **Frecuencia esperada.** Escriba la frecuencia esperada del servicio (cuántas veces "a la semana" o "al mes" se ofrecerá el servicio).

En la primera línea, el campo correspondiente a la administración de casos (CM) se rellena automáticamente con "Continua".

7. **Intensidad esperada.** Escriba la intensidad (la duración de cada visita) con la que se planea ofrecer el servicio.

En la primera fila, el campo correspondiente a la administración de casos (CM) se rellena automáticamente con "Según sea necesario".

8. **Número de visitas autorizadas.** Escriba el número total de visitas que se planea hacer (la frecuencia esperada) según el IFSP, teniendo en cuenta las fechas de inicio y finalización de cada servicio.

Por ejemplo: cuatro visitas al mes, durante 12 meses equivale a 48 visitas autorizadas en total.

En la primera línea, el campo correspondiente a la administración de casos (CM) se rellena automáticamente con "No aplica".

9. **Lugar.** Seleccione la casilla que indica el lugar en el que se ofrecerá el servicio principalmente. El lugar se refiere al lugar en el que estará el niño cuando reciba el servicio.
  - Hay tres opciones de lugares. Consulte las definiciones en la sección "Settings" del Apéndice A del manual sobre TKIDS. Si selecciona "Otro", identifique la configuración específica según las definiciones.
  - Si selecciona "Otro" y los servicios no se prestan en el entorno natural del niño, incluya una explicación en la parte de abajo de la página 1 del formulario.
10. **Telesalud.** Seleccione "Sí" si el servicio se ofrecerá a distancia, lo que se conoce como telesalud, aun si se harán algunas visitas en persona. Si no hay servicios de telesalud **planeados**, seleccione "No".
11. **Método.** Para cada servicio, seleccione la casilla "Individual" o "Grupal" según corresponda. El equipo interdisciplinario solo puede planificar servicios cuando se hayan programado también servicios individuales en el IFSP.

En la primera línea, el campo correspondiente a la administración de casos (CM) se rellena automáticamente con "No aplica".

12. **Fecha de inicio.** Escriba la fecha de inicio esperada para cada servicio.

13. **Fecha de finalización.** Escriba la fecha de finalización esperada para cada servicio (esta fecha no debe pasar de un año después de la fecha en que se firmó el IFSP inicial o anual).

14. **Designación de servicios.** Escriba la designación de servicios en el recuadro.

### **Clave de la designación de servicios**

**PP — Proporcionado por el programa:** Empleados o subcontratistas del programa ECI prestan el servicio.

**PC — Elección de los padres:** Un proveedor externo elegido por los padres presta este servicio. La familia rechazó los servicios del proveedor del programa ECI y, por lo tanto, es responsable de encontrar servicios y hacer arreglos para la prestación de servicios y los pagos.

**PA — Programa coordinado:** El proveedor que presta el servicio no es empleado ni subcontratista del programa ECI. Sin embargo, el proveedor se ha capacitado para prestar servicios de la Parte C, forma parte del equipo del IFSP y comparte con el programa sus notas sobre el progreso de los servicios prestados.

**NP — No es un servicio de la Parte C:** El proveedor que presta el servicio no es empleado ni subcontratista del programa ECI. El proveedor externo:

- NO está capacitado para prestar servicios de la Parte C, o
- NO es parte del equipo del IFSP, o
- NO comparte sus notas sobre el progreso de los servicios prestados.

15. **Nombre del cuidador habitual.** Si los servicios no se prestarán en presencia de los padres, indique el nombre completo de las personas o entidades (como una guardería) que participarán en los servicios de ECI junto con el niño. Si cambia de cuidador, indique el nombre del nuevo cuidador e inclúyalo en el IFSP.

16. **Justificación para los servicios grupales.** Describa de qué forma el niño y la familia se beneficiarían si los servicios se ofrecen en grupo.

17. **Justificación para los servicios fuera del entorno natural.** Si los servicios se brindarán fuera del entorno natural del niño, describa cómo y por qué razón el equipo del IFSP escogió el lugar y cómo estos servicios se ampliarán para apoyar la capacidad del niño de desenvolverse en su entorno natural.

18. **Justificación para las visitas conjuntas.** Describa cómo el niño y la familia recibirán mayores beneficios si los servicios se les brindan durante visitas conjuntas.

19. **Si los padres han elegido un proveedor de servicios externo al programa ECI (Elección de los padres o PC), deberán poner sus iniciales en el formulario para indicar que entienden la siguiente afirmación:** "Al marcar 'Elección de los padres' (PC) en la casilla de designación de servicios en las páginas correspondientes, la familia acepta hacerse responsable de encontrar y coordinar la prestación y el pago de los servicios. (iniciales del padre)"

**Arreglos de pago.** Hable sobre los arreglos para el pago de los servicios con el equipo del IFSP y seleccione las casillas que correspondan (seleccione todo lo que aplique):

- **ECI.** Seleccione esta casilla para cada niño.
- **Pagos de la familia.** Seleccione esta casilla para las familias que tienen un cargo mínimo mensual mayor que cero.
- **Seguro público o privado.** Seleccione esta casilla para las familias que tienen Medicaid, CHIP, TRICARE o un seguro privado que cubrirá el costo de los servicios.

20. **Tecnología auxiliar.** Seleccione la casilla que corresponda.

Proporcione los siguientes datos en la sección "Firmas":

Antes de obtener la firma de los padres, revise todo el IFSP y explique a la familia las declaraciones sobre sus derechos.

21. **Comentarios de la familia.** Dé a los miembros de la familia la oportunidad de escribir cualquier comentario que quieran añadir al documento. Si hay algún comentario negativo, debe informar de ello al director de su programa.

22. **Firma del padre y fecha.** Después de repasar con los padres las declaraciones sobre sus derechos y darles la oportunidad de aportar sus comentarios, pídale que firmen y fechen el documento. La firma de los padres no significa que estén de acuerdo con el IFSP. Sí implica que dan su consentimiento a los servicios y autorizan al cuidador habitual para prestarlos (cuando corresponda).

23. Dé la siguiente información en el recuadro reservado para las firmas:

- **Firma del miembro del equipo de ECI.** Vea el Título 26 del TAC, secciones 350.1009, 350.1011 y 350.1013. Todos los miembros del equipo interdisciplinario firman el documento, incluidos los integrantes del equipo que asistieron a la reunión y los que revisen más tarde el documento. La firma de los miembros del equipo de ECI indica que están de acuerdo con el plan y, cuando corresponda, que se comprometen a prestar los servicios descritos en la página de Servicios del IFSP. Con su firma sobre la siguiente declaración, el practicante titulado en artes curativas (LPHA) indica que recomienda los servicios descritos en el IFSP: "Con su firma, el LPHA afirma que los servicios recomendados en el IFSP (incluidos la terapia ocupacional, física, del habla y del lenguaje, y la capacitación en habilidades especiales) son razonables y necesarios".
- **Firmas de otros miembros del equipo** (como abuelos o cuidadores de una guardería). Cada una de estas personas debe firmar e indicar que estuvo presente en la reunión.
- **Especialidad.** Escriba la especialidad de cada miembro del equipo interdisciplinario.
- **Fecha.** Escriba la fecha en que la persona firma el IFSP.
- **Presente.** Seleccione esta casilla si la persona estuvo presente en la reunión del IFSP.
- **Revisado.** Seleccione esta casilla si la persona revisó el IFSP pero no estuvo presente en la reunión.

24. **Página 1a.** Use esta página si necesita más espacio para los servicios planeados. Siga las instrucciones anteriores de los puntos 4 al 13.

25. **Página 2a.** Use esta página si necesita más espacio para las firmas. Siga las instrucciones anteriores en el punto 21.

### **Instrucciones especiales**

1. Use la portada proporcionada por Superior Health Plan para enviar la página 1 del formulario del IFSP. No envíe ninguna otra página. Incluya la información solicitada en la portada del Pasaporte de Salud. Puede descargar la portada desde el sitio web de Superior Health Plan en [www.superiorhealthplan.com](http://www.superiorhealthplan.com) ([enlace externo en inglés](#)), dentro de la sección del Pasaporte de Salud.
2. El número de fax para enviar la página 1 del formulario 4207 es 866-274-5952.