

**CONSENTIMIENTO DEL PLAN DE SERVICIOS
 FAMILIARES PERSONALIZADO Y FIRMAS DEL
 EQUIPO**

SECCIÓN 1: DATOS DEL NIÑO

Nombre y apellidos del niño:		Fecha de nacimiento:	N.º de identificación de BRIDGES:
Fecha de la reunión:	Tipo de Plan de Servicio Familiar Individualizado (marque una opción):		
	<input type="checkbox"/> Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) inicial	<input type="checkbox"/> Revisión semestral	<input type="checkbox"/> Otro
	<input type="checkbox"/> Revisión de cambios	<input type="checkbox"/> Evaluación anual del IFSP	

Notas de la reunión:

SECCIÓN 2: RECONOCIMIENTOS Y CONSENTIMIENTOS

Marque una opción:				
Sí	No			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	He recibido una copia de mis derechos en virtud de la Ley IDEA/Parte C (<i>Notificación a los padres sobre los derechos y garantías de la familia</i>) y de la <i>Notificación por escrito relativa a los seguros privados, Medicaid y las políticas del sistema de pagos</i> . Se me han explicado estos documentos junto con este IFSP.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	He participado en la elaboración de este plan y doy mi consentimiento informado para que, en virtud de la Ley IDEA/Parte C, se lleven a cabo las actividades incluidas en este IFSP.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi consentimiento es voluntario y se basa en mi comprensión de las actividades, que me han sido explicadas en mi lengua materna o en mi modo de comunicación.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entiendo que mi consentimiento permanece vigente hasta la próxima revisión del IFSP o el IFSP anual, y que puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entiendo que puedo rechazar uno o varios servicios sin poner en peligro ningún otro servicio de la IDEA/Parte C que reciba mi hijo o mi familia.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entiendo que recibiré una copia de este IFSP, los resultados de cualquier cribado, evaluación y/o valoración realizada para este IFSP, y una copia de esta página de firmas.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entiendo que mi IFSP se compartirá entre los proveedores del Servicio de Intervención Temprana (EIS) que implementan este IFSP, otras personas que yo pueda identificar y las entidades del sistema, de acuerdo con los requisitos federales de notificación.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi consentimiento para que los proveedores de BabyNet facturen a mi seguro privado, tal y como consta en el formulario de "Consentimiento para el uso de recursos del seguro", sigue vigente.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas sobre los servicios de BabyNet de mi hijo e información relacionada con el programa en la siguiente dirección:		
		<table border="1"> <tr> <td align="center">Correo electrónico</td> <td align="center">Mensaje de texto</td> </tr> </table>	Correo electrónico	Mensaje de texto
Correo electrónico	Mensaje de texto			

Firma del padre/de la madre

Fecha

SECCIÓN 3: FIRMADAS POR EL EQUIPO DEL IFSP (Códigos de método: A = Presencial, P = Por teléfono, W = Solo evaluación escrita)

Firma/Nombre	Función	Agencia (Si corresponde)	Método			Fecha
			A	P	W*	
	Coordinador del servicio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*La evaluación escrita como método de participación solo podrá utilizarse para el IFSP inicial.