



## Condado de Arlington Plan de Servicio Familiar Individualizado

Fecha de reunión del FAPT: seleccione la fecha

Fecha de evaluación CANS actual: seleccione la fecha

Solicitud de nuevo servicio:  Sí  No

Información del joven:				
Nombre del cliente: (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	# de cliente del FAPT: ( )	Fecha de nacimiento: (fecha)	Edad: (edad)	Grado: ( )
Diagnóstico de salud mental (DSM5): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; Si la respuesta es sí, indique el diagnóstico: Haga clic o toque aquí para ingresar texto.				
Medicación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; Si la respuesta es sí, indique los medicamentos (incluya el tipo de medicamento y la frecuencia de la dosis): Haga clic o toque aquí para ingresar texto.				
Joven en crianza temporal: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fecha de asignación: seleccione la fecha	Meta de crianza temporal actual: Elija una opción.		
Educación especial: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Meta de crianza temporal concurrente: Elija una opción.			
Residencia/colocación actual del joven: Elija una opción.		Libertad condicional: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	CHINS (servicios) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	CHINS (supervisión) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Información de gestión del caso:			
Gestor del caso: (nombre y apellido)	Fuente de derivación: (agencia)	¿Los servicios solicitados fueron ordenados judicialmente?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fecha de orden judicial: seleccione la fecha
¿Los servicios solicitados resultan de una colocación/servicios de emergencia?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Fecha de comienzo de la colocación/servicios de emergencia: (fecha)	
¿Quiénes son los miembros del equipo de tratamiento y cuál es su relación con el joven/la familia? Haga clic o toque aquí para ingresar texto.			
Motivo de la derivación/problemas iniciales:			

Haga clic o toque aquí para ingresar texto.

**Fuentes alternativas de financiación:** *Por favor, seleccione aquellos para los cuales el joven actualmente sea elegible/por los cuales esté cubierto:*

Título IV-E: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pendiente	Medicaid: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pendiente	FAMIS: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pendiente	No elegible para seguro: <input type="checkbox"/> Sin seguro: <input type="checkbox"/>	Otro seguro: <input type="checkbox"/> (compañía de seguro médico)
---	--	---	---	---

¿Qué fuentes alternativas de financiación se consideraron antes de buscar fondos de la CSA para el servicio solicitado? (marque todas las que correspondan):  Medicaid  Título IV-E  Asistencia Federal para la Adopción  Iniciativa de Salud Mental  Subvención de Respiro  Vida Independiente  Asistencia Estatal para la Adopción  Seguro Privado  Preservación y Apoyo Familiar  Otras

**Indique por qué no se utilizaron fuentes alternativas de financiación para el servicio solicitado (en las casillas siguientes):**

SERVICIO SOLICITADO	MOTIVO
Elija una opción.	Elija una opción.
Haga clic o toque aquí para ingresar texto.	Haga clic o toque aquí para ingresar texto.

**Historial de tratamientos:** *Proporcione el historial de tratamientos previos del joven (dentro de los últimos 12 meses y todos los servicios significativos pertinentes para la solicitud) y un breve resumen de los resultados*

Tipo de tratamiento	Fechas	Resumen de resultados
Haga clic o toque aquí para ingresar texto.	Fecha	Haga clic o toque aquí para ingresar texto.

**Aportes de la familia:**

**Meta:** (¿Cuál es el resultado general que desea la familia?)

**Puntos fuertes:** (en palabras de la familia).

**Apoyos naturales:** (¿A quién identifica la familia como su sistema de apoyo?)

**Necesidades:** (en palabras de la familia).

Puntos fuertes (según la evaluación CANS): <i>Seleccione solo las calificaciones de "0" y "1" dentro de la evaluación CANS</i>	
(seleccione los puntos fuertes/de resiliencia según la evaluación CANS)	(comente)

Planificación del alta		
<b>Servicios actualmente solicitados:</b> <i>(enumérelos TODOS)</i>	<b>Fecha propuesta de reducción a nivel intermedio de los servicios actualmente solicitados:</b>	<b>Servicios de atención posterior al tratamiento:</b> <i>(¿Qué se implementará una vez que terminen los servicios solicitados?)</i>
Elija una opción.	Haga clic o toque para ingresar una fecha.	Haga clic o toque aquí para ingresar texto.
<b>Resuma las medidas de planificación del alta:</b> Haga clic o toque aquí para ingresar texto.		

SOLICITUD DE SERVICIOS Y PLAN DE ACCIÓN BAJO LA CSA						
<b>Meta(s) a largo plazo del joven:</b>						
<b>Meta 1:</b> Elija una opción.		<b>Meta 2:</b> Elija una opción.		<b>Meta 3:</b> Elija una opción.		
DOMINIO DE EVALUACIÓN CANS	NECESIDAD SEGÚN EVALUACIÓN CANS	METAS/OBJETIVOS A CORTO PLAZO QUE BUSCA CUMPLIR EL SERVICIO/PROVEEDOR	SERVICIO	# DE UNIDADES	FECHA DE COMIENZO	FECHAS SOLICITADAS DE LOS SERVICIOS DESDE    HASTA
(seleccione el dominio/módulo)	Elija una opción.	Haga clic o toque aquí para ingresar texto.	Elija una opción.	Haga clic o toque aquí para ingresar texto.	(fecha)	(fecha)      (fecha)
<b>Progreso:</b> Haga clic o toque aquí para ingresar texto.						

**Recomendaciones, seguimiento y plan de acción del FAPT: (a completarse por el facilitador del FAPT)**

**FECHA DE REGRESO AL FAPT:**

**Análisis de los hallazgos en la UR:**

**¿Se adjunta anexo de la UR?  Sí  No**

(¿Cómo se incorporan los hallazgos de la UR al plan de servicios?)

**Participación y consentimiento previos a reunión del FAPT del joven, el padre/madre/tutor y los miembros del equipo de tratamiento:**

Los abajo firmantes han tenido la oportunidad de participar en el desarrollo del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP), incluidas las metas, objetivos y servicios que este comprende.

Firma	Fecha	Agencia/función
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Gestor del caso
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Padre(s)
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Padre(s) de crianza temporal (FC)
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Joven
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Proveedor
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Proveedor
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Tutor ad litem (GAL)
<input type="checkbox"/> Por teléfono		
<input type="checkbox"/> Por teléfono		
<input type="checkbox"/> Por teléfono		

**Participación y consentimiento del FAPT (Equipo de Planificación y Evaluación Familiar):**

Los abajo firmantes han tenido la oportunidad de participar en el desarrollo de este Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP). Entendemos el IFSP y, a menos que se indique lo contrario, estamos de acuerdo con su implementación. Aquellos que no estén de acuerdo con el IFSP en todo o en parte, recibirán un formulario de desacuerdo del FAPT para completar. **\*\*La información abordada durante esta reunión es confidencial y está protegida. Al firmar a continuación, usted se compromete a no revelar ninguna información obtenida en esta reunión a ningún tercero sin consentimiento previo por escrito o a menos que lo exija la ley\*\***

Firma	Fecha	Agencia/función	Estoy de acuerdo/No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Bienestar infantil	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Salud conductual	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Tribunal de Menores y Relaciones Domésticas (JDRC)	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Escuelas Públicas de Arlington (APS)	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Representante de los padres	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Representante de proveedor privado	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Facilitador del FAPT/ Coordinador de CSA (rodee una opción)	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Gestor del caso	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Revisión de utilización	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Tutor ad litem (GAL)	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Joven	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Padre(s)	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono		Proveedor	<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono			<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono			<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo
<input type="checkbox"/> Por teléfono			<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo

Revisión del IFSP por parte del supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aprobación del Equipo de Políticas y Administración de la Comunidad (CPMT): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_  
 Decisión:  Estoy de acuerdo  Pendiente

## **Instrucciones para el Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)**

El IFSP es fundamental para la planificación de los servicios y documenta el proceso del Equipo de Evaluación y Planificación Familiar (FAPT). Este registro incorpora los resultados de la evaluación uniforme obligatoria, los aportes del joven y la familia, los resultados de la evaluación, la información sobre el diagnóstico y la medicación, las metas y objetivos, los servicios y el debate del tratamiento del FAPT.

En consonancia con el espíritu de la CSA y los principios del sistema de atención, el IFSP para el niño y la familia debe hacer lo posible por incluir servicios creativos y no tradicionales y apoyos naturales, así como tipos de servicios más formales. Los principios del sistema de atención de la CSA enfatizan el tratamiento y los servicios menos restrictivos que satisfagan las necesidades identificadas y se diseñen en función de los puntos fuertes y las necesidades particulares del niño y su familia. La planificación basada en los puntos fuertes, en contraposición a la basada en las necesidades, es ideal.

### **Instrucciones generales:**

La información puede introducirse en los campos haciendo clic en el área encerrada entre paréntesis. Se generará un texto, calendario o campo desplegable.

- Active el “content” (contenido) al abrir el documento.
- Use únicamente la versión de SharePoint
- Botón de impresión: utilice este botón para imprimir solo el IFSP sin la página de instrucciones. Si desea imprimir también las instrucciones, use el botón de impresión normal de Word.

### **Instrucciones específicas de la sección:**

Aunque la mayoría de las secciones de este documento se explican por sí mismas, a continuación, se incluye una guía específica de cada sección para ayudar a completar los formularios.

### **Fecha de reunión del FAPT:**

Haga clic en este campo y seleccione la fecha programada de la reunión del FAPT en el calendario. En el caso de nuevas derivaciones, escriba “TBD” (a definirse).

### **Fecha de evaluación CANS actual:**

Haga clic en este campo y seleccione la fecha de “CANS Completion” (finalización de la evaluación CANS) en el calendario. No use la “assessment date” (fecha de evaluación) de la [Política de CANS](#)

### **N.º de identificación del cliente:**

Asegúrese de usar el número de identificación del cliente que se genera en DMC. Para los casos nuevos que no tengan número introduzca “TBD”

### **Fecha de nacimiento:**

Debe seleccionar la fecha de nacimiento del cliente e introducir la edad actual en el siguiente espacio. Cada vez que reabra el documento para actualizarlo, debe validar la edad y corregirla si es necesario.

### **Diagnóstico de salud mental/medicación:**

Incluya toda la información posible en esta sección, ya que ayudará al equipo a planificar los servicios. Se debe citar la información del diagnóstico actual según el DSM-5 e indicar de dónde proviene el diagnóstico (quién diagnosticó al niño).

### **Colocación de emergencia:**

Si recibió aprobación para que los servicios comiencen como emergencia antes de la reunión del FAPT, complete esta sección. Se usa más frecuentemente para la colocación de jóvenes en crianza temporal.

### **Motivo de la derivación:**

Los servicios bajo la CSA son siempre específicos para el niño y la familia y están diseñados específicamente para satisfacer las necesidades del niño y su familia en particular.

Describa el problema o los problemas iniciales, identifique los comportamientos y síntomas que justifican los servicios solicitados y explique las metas del tratamiento.

Esta sección sirve para recopilar información específica relacionada con los antecedentes del caso, incluida la forma en que llegó a conocimiento de la CSA, el historial de servicios y la justificación de los servicios actuales. Es importante ser lo más específico posible en esta sección, ya que proporcionará perspectiva y orientación para determinar la eficacia de los servicios actuales y el progreso del caso. Incluya cualquier evaluación pertinente: psicológica, educativa, sociológica, VEMAT, YASI, y/o Casey Life Skills.

### **Fuentes alternativas de financiación:**

Identifique todas las fuentes de financiación correspondientes y explique detalladamente por qué no se utilizan

Actualizado al 8/1/2018

Para crear más líneas, haga clic izquierdo en el signo más

### **Historial de tratamiento:**

Proporcione el historial de tratamientos previos del joven (dentro de los últimos 12 meses y todos los servicios significativos pertinentes para la solicitud, empezando por el más reciente) y un breve resumen de los resultados (los ejemplos incluyen terapia individual, terapia ambulatoria intensiva, colocaciones en grupos residenciales, colocaciones de tratamiento residencial, hospitalización parcial, terapia familiar, gestión de la medicación, servicio intensivo en el hogar u otro servicio en el hogar y hospitalización psiquiátrica aguda). \*\* Para crear más líneas, haga clic izquierdo en el signo más

### **Aportes de la familia:**

De acuerdo con la ley ([sección 2.2-5208 del Código de Virginia \[COV\]](#)), los Equipos de Políticas y Administración de la Comunidad (CPMT) son responsables

de desarrollar políticas y procedimientos que permitan la participación de la familia en todos los aspectos de la evaluación, planificación e implementación de los servicios bajo la CSA. Esta sección permite incluir los objetivos, los puntos fuertes, las necesidades y los apoyos de la familia como ellos los ven. Es importante utilizar las palabras de la familia en esta sección, ya que busca ser una representación directa de su participación en la reunión del FAPT y en el proceso de planificación de los servicios.

### **Puntos fuertes:**

Esta es la sección que comprende los puntos fuertes y las necesidades del niño y la familia. La información incluida en esta sección debe surgir directamente de la evaluación de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (CANS). Aunque es posible que el niño y la familia tengan varios puntos fuertes, no es necesario enumerarlos todos. En cambio, hay que centrarse en las calificaciones de puntos fuertes clave de "0" y "1", que se abordarán durante la planificación de los servicios.

### **Plan de alta/progreso hacia el alta:**

Independientemente del tipo de servicio, la planificación del alta es una parte necesaria de la prestación de servicios, que debe comenzar el primer día de tratamiento.

Los planes de alta deben tomar en cuenta las necesidades específicas de cada niño y su familia e identificar claramente el nivel de atención intermedio. Esta sección del IFSP documenta la existencia y el análisis del proceso de planificación del alta para que las necesidades del alta puedan abordarse de forma continua.



### **Metas/objetivos:**

Esta sección es una de las más importantes del IFSP. Las metas y objetivos deben informarse según los puntos fuertes y las necesidades identificados y guiar la dirección y elección de los servicios. Los objetivos son los pasos específicos medibles necesarios para alcanzar la meta general.

Aunque probablemente la meta no cambie en cada reunión del FAPT, los objetivos deben basarse en el progreso del niño y la familia durante el último período de informe.

Utilice objetivos SMART (siglas en inglés para específicos, medibles, alcanzables, realistas y oportunos)

Sea específico al documentar el progreso hacia el objetivo. El propósito de esta sección es asegurar que los servicios satisfagan adecuadamente las necesidades del niño y de la familia e impulsen el caso hacia la meta general. Si el servicio no está en la lista, póngase en contacto con el Coordinador de la CSA para consultarlo. Recuerde que hay algunas necesidades que son "necesidades de fondo", como la adaptación ante un trauma, que dirigen el curso del tratamiento. Estas son exactamente el tipo de necesidades que deben incluirse en esta sección, ya que estarán directamente relacionadas con la prestación de los servicios y la meta general del niño y la familia. Las necesidades objetivo deben coincidir con los resultados de la evaluación CANS y alinearse con la solicitud de tratamiento. \*\*Para crear más metas, haga clic izquierdo en el signo más

### **Unidades:**

Escriba la cantidad de horas, días o meses que desee

### **Fecha de comienzo:**

Si es una nueva derivación, escriba "N/A".

Para revisiones concurrentes/de regreso, seleccione la fecha de comienzo en el calendario (la fecha en que comenzaron los servicios).

### **Fechas solicitadas de los servicios:**

Ingrese las fechas que reflejen el período que solicita para los servicios. Si el FAPT aprueba un período diferente, el facilitador del FAPT modificará las fechas en consecuencia en el FAPT.

### **Recomendación del FAPT:**

Recomendación, seguimiento y plan de acción a completarse por el facilitador del FAPT

### **Análisis de los hallazgos en la UR:**

A completarse por el facilitador del FAPT y la UR. La revisión de utilización (UR) es un componente de un enfoque integral de gestión de la utilización y

es el proceso de revisión de los casos individuales para determinar si se está implementando el plan de tratamiento y los servicios adecuados para el nivel de necesidad actual del cliente. La revisión de utilización puede llevarse a cabo mediante la revisión de la historia clínica, la visita a los lugares de los programas de tratamiento y la revisión de utilización patrocinada por el estado. También se permite que la UR se lleve a cabo en el transcurso del proceso del FAPT. Para las localidades que deseen hacerlo, hay un anexo de UR al IFSP que pueden usar para documentar el proceso de UR. Independientemente de la forma en que se lleve a cabo la UR, los resultados de la revisión del caso deben ser considerados como parte del proceso del FAPT. Esto documenta la consideración del FAPT de los resultados de la UR en la planificación de los servicios.

#### Firmas:

Si el joven o los padres/tutores no están de acuerdo con el plan propuesto por algún motivo, pueden presentar el fundamento de su opinión disidente en el espacio provisto. Además, ellos o cualquier otro miembro del FAPT pueden adjuntar documentación que explique por qué no están de acuerdo con el plan propuesto y cualquier otra justificación que consideren apropiada. Los miembros del equipo de tratamiento deben firmar y completar la columna izquierda del formulario antes de la reunión del FAPT. La columna de la derecha se firmará y completará durante la reunión del FAPT.