

EL COORDINADOR DE SERVICIOS FACILITA EL EXAMEN Y LA EVALUACIÓN DE LA TECNOLOGÍA ASISTENCIAL DE IDEA/PARTE C QUE DEBEN COMPLETAR LOS PADRES Y OTROS MIEMBROS DEL EQUIPO DEL PLAN DE SERVICIOS FAMILIARES INDIVIDUALIZADOS (IFSP).

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO Y EL COORDINADOR DE SERVICIOS

Nombre del Niño:	FN:
Fecha del Examen y Evaluación de AT:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE BRIDGES:
Nombre del Coordinador de Servicios:	Agencia/Compañía del Coordinador de Servicios:
Teléfono del Coordinador de Servicios:	Correo electrónico del Coordinador de Servicios:

SECCIÓN 2: EXAMEN DE LA TECNOLOGÍA ASISTENCIAL: RESPONDA A CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON UNA MARCA DE VERIFICACIÓN EN LA COLUMNA SÍ O NO. TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER RESPONDIDAS. SI LA RESPUESTA A CUALQUIER PREGUNTA DE LA SECCIÓN 2 ES 'NO', EL DISPOSITIVO NO CUMPLE CON LA DEFINICIÓN DE TECNOLOGÍA ASISTENCIAL EN VIRTUD DE LA LEY DE EDUCACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES (IDEA) Y NO ES ELEGIBLE PARA EL USO DE LOS FONDOS DE SERVICIO DE IDEA/PARTE C PARA COMPRAR EL DISPOSITIVO. SUSPENDA LA EVALUACIÓN Y PASE A LA SECCIÓN 4.

SÍ	NO	
		¿Es un dispositivo o son materiales adaptados?
		¿El niño puede ser independiente solamente con el dispositivo/adaptación?
		¿La familia está de acuerdo con el uso del dispositivo/adaptación?

SECCIÓN 3: EVALUACIÓN DE LA TECNOLOGÍA ASISTENCIAL

- ¿En qué área(s) de desarrollo tiene el niño una discapacidad o un retraso significativo en el desarrollo?
- ¿Cuál es el dispositivo o la adaptación que recomienda el equipo del IFSP?
- ¿Qué se intentó antes de esta evaluación?
- ¿Por qué no tuvieron éxito las intervenciones anteriores?

5. Enumere todos los dispositivos/adaptaciones de tecnología asistencial que el niño utiliza actualmente.

6. ¿En qué rutinas y actividades se utilizará el dispositivo/adaptación?

7. ¿Cómo mejorará el dispositivo/la adaptación la participación, la independencia y/o las relaciones sociales del niño durante estas rutinas y actividades?

8. Enumere los resultados del IFSP que permitirá el dispositivo/adaptación.

9. Enumere el código de procedimiento del dispositivo/adaptación (por ejemplo, L1907; la búsqueda del código está disponible en <http://www.icd10data.com/ICD10PCS/Codes>)

SECCIÓN 4: FIRMA DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DEL IFSP. EL PROVEEDOR DEL EIS QUE SOLICITA LA AT DEBE ESTAR PRESENTE EN LA REUNIÓN DE EXAMEN Y EVALUACIÓN DE LA TECNOLOGÍA ASISTENCIAL. SE RECOMIENDA QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DEL IFSP PARTICIPEN EN PERSONA O POR TELÉFONO. LA PARTICIPACIÓN MEDIANTE EVALUACIÓN ESCRITA ESTÁ PROHIBIDA PARA ESTA ACTIVIDAD.

Firma/Nombre	Función	Agencia (si corresponde)	Método de Participación (seleccione uno)		Fecha
			En persona	Teléfono	
	Padre				
	Padre				
	Coordinador de Servicios				