

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS NIÑOS Y LOS PADRES

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Nombre del padre, madre o tutor: _____ Relación con el niño: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: ____
Condado: _____ Número de teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____
E-mail: _____
¿Acepta mensaje de texto?: Sí No El mejor momento para ponerse en contacto: _____
Primer idioma: _____ Necesidad de intérprete: Sí No

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (más información sobre este consentimiento en la página 4)

Consentimiento para la divulgación de información médica y educativa

Yo, _____ (nombre del padre o tutor), doy permiso para que el médico de mi hijo _____ (nombre del médico), comparta cualquier y toda información pertinente con respecto a mi hijo, _____ (nombre del niño), con los servicios de Intervención Temprana y Educación Especial en Edad Temprana (EI/ECSE, por sus siglas en inglés). También doy permiso para que IE/ECSE comparta información educativa y de desarrollo con respecto a mi hijo con el médico que hizo la remisión de mi hijo para que estén informados de los resultados de la evaluación.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Su consentimiento entra en vigencia durante un período de un año desde la fecha de su firma en esta autorización.

A CONTINUACIÓN, ÚNICAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA:

Por favor, envíe por fax o escanee y envíe este formulario de remisión (frente y reverso, si es necesario) a los servicios de EI/ECSE en el Condado de residencia del niño.

MOTIVO DE LA REMISIÓN A LOS SERVICIOS DE EI/ECSE

Médico: Complete todo lo que aplique. Por favor, adjunte la herramienta de evaluación general completa.

Con respecto a la evaluación: ASQ ASQ:SE PED M-CHAT Otros: ____

Preocupación por posibles retrasos en las siguientes áreas (por favor revise todas las áreas de preocupaciones y proporcione las puntuaciones si aplica):

Comunicación ____ Motor fino ____ Personal Social ____

Motor grueso ____ Resolución de problemas ____ Otros: ____

Preocupaciones del profesional clínico (incluyendo visión y audición) pero que no ha sido evaluado: _____

La familia es consciente de la razón de la remisión.

Firma del médico: _____ Fecha: ____/____/____

Si el niño tiene una condición identificada o diagnóstico conocido de alta probabilidad de lo que resulta en retrasos significativos en el desarrollo, por favor, complete la declaración del médico que se adjunta para la elegibilidad en la intervención de la edad temprana (en el reverso) además de este formulario de remisión. Solo un médico autorizado por una Junta Estatal de Examinadores Médicos puede firmar la declaración del médico.

INFORMACIÓN DEL MÉDICO Y SOLICITUD DE LOS RESULTADOS DE LA REMISIÓN

Nombre del médico que realizó la remisión: _____ Persona de contacto de la remisión: _____

Teléfono de la oficina: _____ Fax de la oficina: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: ____

Médico de atención primaria: _____

Si el niño es elegible, el médico recibirá una copia del resumen de los servicios.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA IE/ECSE AL MÉDICO QUE HIZO LA REMISIÓN

Servicios de IE/ECSE: Por favor, complete esta parte, adjunte la información solicitada y devuelva a la fuente de la remisión, mencionada anteriormente.

Se contactó con la familia el ____/____/____ El niño fue evaluado el ____/____/____ y se encontró que es:

Elegible para los servicios No es elegible para los servicios en este momento, se le remite a: _____

Los padres no aceptaron la evaluación Los padres no tiene preocupaciones

No se pudo contactar a los padres Intentos _____ IE/ECSE cerrará la remisión el día ____/____/____.