

|  |
| --- |
| FORMULARIO DE REFERENCIA PARA APOYOS TEMPRANOS A BEBÉS Y NIÑOS DEL CONDADO DE KING |
| **¡Cualquier persona puede hacer una referencia, incluso los padres!**  **No es necesario un diagnóstico para hacer una referencia.**Las referencias pueden enviarse a **uno** de los siguientes lugares para iniciar el proceso. [ ]  **Cualquier lugar del condado de King** [ ]  Cualquier niño o familia: **Ayúdame a Crecer WA** **800-322-2588** o **línea directa de ESIT 206-204-3536** o eFAX 206-299-9146 o al correo electrónico childdevelopment@withinreachwa.org[ ]  O **Un proveedor específico** Consulte las áreas de servicio de los proveedores en el mapa: <https://kingcounty.gov/esitmap/> |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PADRES Y EL NIÑO |
| NOMBRE DEL NIÑO: Apellido, nombre, inicial intermedia  | FECHA DE NACIMIENTO: | EDAD DEL NIÑO (meses):  |
| GÉNERO: Seleccione una opción. | DOMICILIO:  |
| CIUDAD/CÓDIGO POSTAL | DISTRITO ESCOLAR (SI LO CONOCE): Seleccione una opción. |
| NOMBRE(S) DE LOS PADRES O TUTORES:  | RELACIÓN CON EL NIÑO:   |
| IDIOMA PREFERIDO  | ¿NECESITA UN INTÉRPRETE?Seleccione una opción. | ¿IDIOMA DEL INTÉRPRETE? | ¿NECESITA QUE SE TRADUZCAN DOCUMENTOS?Seleccione una opción. |
| NÚMERO DE TELÉFONO DEL PADRE O LA MADRE: Seleccione el tipo de teléfono | CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE O LA MADRE:  |
| RAZA DEL NIÑO:Seleccione una opción. | GRUPO ÉTNICO DEL NIÑO:Seleccione una opción. |
| *Marque todas las opciones que correspondan. No es necesario hacer una selección, pero si se ha completado el cuestionario de edades y etapas u otro instrumento, por favor adjúntelo. Los documentos disponibles pueden ayudar a las familias a obtener servicios más rápido.*

|  |
| --- |
| [ ] **Un diagnóstico confirmado con altas probabilidades de retraso del desarrollo automáticamente hará que el niño sea elegible para ESIT (algunos ejemplos son:** [lista de diagnósticos de esit (wa.gov)](https://www.dcyf.wa.gov/sites/default/files/pdf/esit/QualifyingDiagnosisList.pdf))**Incluya todos los diagnósticos aquí:**  |
| [ ] **Posibles preocupaciones o retrasos del desarrollo. Marque las áreas de inquietud:** [ ] Adaptativo/Autoayuda [ ] Cognitivo/Solución de problemas [ ] Comunicación [ ] Motriz/Físico [ ] Socioemocional [ ] Alimentación/Nutrición [ ] Vista [ ] Audición [ ] Otras inquietudes (describa): Oprima o toque aquí para escribir texto. |
| **Por favor marque si ocurrieron las siguientes condiciones referentes a parto prematuro o estancia en el hospital o la UCIN:**[ ] Se encuentra en a UCIN [ ] Se encuentra en el hospitalPeso al nacer: . Edad gestacional: .Fecha esperada de alta: Oprima o toque aquí para escribir una fecha.Tiempo de estancia en la UCIN o el hospital: Fecha de alta:  |

 |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ORIGEN DE LA REFERENCIA: cuando una persona distinta a los padres hace la remisión |
|

|  |
| --- |
| Persona que hace la referencia:  |
| Función: Fecha de la referencia: Oprima o toque aquí para escribir una fecha. |
| Organización:  |
| Número de teléfono: Fax:  |
| Correo electrónico:  |
| Deseo remitir al niño antes mencionado para una evaluación, a fin de determinar su elegibilidad para recibir servicios de ESIT. [ ]  Referencia urgente [ ] Favor de llamar a quien hizo la referencia |

 |
| **Como origen de la** **referencia, solicito que se proporcione la siguiente información, con el permiso de los padres** (marque todas las opciones que correspondan):[ ] Agencia y coordinador de recursos familiares asignado[ ] Resultados de la evaluación del desarrollo[ ] Servicios prestados al niño y la familia, de ser elegibles[ ] Cambios en los servicios prestados[ ] Informes y resúmenes periódicos de progreso[ ] Otra (describa):  |
| CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: |
| Yo, Oprima o toque aquí para escribir texto.(Nombre en letra de molde del padre, la madre o el tutor), concedo mi permiso para que el proveedor de servicios de salud de mi hijo(a), Oprima o toque aquí para escribir texto. (nombre en letra de molde del proveedor), proporcione toda la información pertinente acerca de mi hijo(a), Oprima o toque aquí para escribir texto. (nombre en letra de molde del niño), a los programas de Apoyos Tempranos a Bebés y Niños que evaluarán el desarrollo de mi hijo(a) para determinar su elegibilidad para recibir servicios. Consiento a esta referencia, y si mi hijo(a) es elegible puedo participar en la elaboración de un plan individual de servicios familiares (IFSP, por sus siglas en inglés).O[ ] La familia concedió su consentimiento verbal

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del padre/madre/tutor legal:  |  |

 Fecha: Oprima o toque aquí para escribir una fecha. |