



King County

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

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 \(wa.gov\)](#))

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 hospital

Peso 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.