Logotipo

Descripción generada automáticamente

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 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. | | | | | | | | |