



**FORMULARIO DE REFERENCIA PARA EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PARTE C**

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO			
Nombre Legal del Niño (Apellido, Nombre, Segundo Nombre, ( <i>Opcional –Apodo</i> ))			Fecha de Nacimiento
Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No determinado <input type="checkbox"/>	Etnia/Raza	Nombre del Seguro	Número del Seguro
Nombre del Padre(s) o del Tutor Legal			Número de Teléfono
Dirección del Padre(s) o del Tutor Legal			Vecindario
Idioma Principal Hablado por el Padre(s) o por el Tutor Legal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro ____			
Padre(s) de Crianza (si se aplica)			Número de Teléfono
Dirección del Padre(s) de Crianza (si se aplica)			Condado/Vecindario
¿Cuánto tiempo ha vivido el niño en esta residencia?			¿Sustituto/Defensor/Tutor <i>ad Litum</i> ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si es Sustituto/Defensor/Tutor, indique el nombre:			Número de Teléfono
Nombre del Trabajador Social de la Agencia de Servicios para Niños y Familia			Número de Teléfono
INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA			
Nombre de la Persona que lo Refirió		Agencia/Departamento	
Número de Teléfono		Fax	
¿Es usted un Médico o Profesional de la Salud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Especialidad: _____		¿Ha completado el análisis de desarrollo del niño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Herramientas Utilizadas: _____	

**Favor de llenar este formulario:**

- A) Los resultados del análisis/evaluación reciente de este niño demuestran la necesidad de recibir los servicios, o este niño está recibiendo actualmente servicios por una condición diagnosticada. Describir: \_\_\_\_\_
- B) A este niño se le ha diagnosticado una condición(es) física o mental que se sabe que tiene una alta probabilidad de causar un atraso importante en su desarrollo (aún si los atrasos no son evidentes en estos momentos). Describir: \_\_\_\_\_
- C) Existe preocupación por los posibles atrasos en el desarrollo en las siguientes áreas: \_\_\_\_\_

Firma: _____	Fecha de la referencia: _____
<i>Persona de Referencia</i>	

## EVALUACIÓN DE LA PARTE C CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Me han explicado que debido al nacimiento prematuro de mi hijo, complicaciones durante el nacimiento, y/o motivos de preocupación relacionados con su desarrollo, mi hijo y mi familia pueden ser elegibles para recibir servicios especiales diseñados para ayudar a mi hijo a cumplir con sus etapas de desarrollo.

Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ a divulgar la siguiente información a la  
*(fuente de referencia)*

División de Infantes y Niños Pequeños con Discapacidades con el propósito de establecer la elegibilidad de mi hijo para los servicios de intervención temprana.

**Marque todos los ítems aplicables:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Información sobre la Referencia | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de Fisioterapia        | <input type="checkbox"/> Resultados del Análisis de Desarrollo       |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Admisión             | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Resultados del Análisis/Prueba de Audición  |
| <input type="checkbox"/> Resumen del Alta                | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de Terapia del Habla   | <input type="checkbox"/> Resultados del Análisis /Prueba de la Vista |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                      | <input type="checkbox"/> Otro _____                          | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                 |

**Por favor, antes de firmar, primero lea y después coloque sus iniciales en todos los casilleros** para indicar que comprende sus derechos. Si tiene preguntas sobre sus derechos, por favor llame al Programa de Intervención Temprana de DC al (202) 727-3665.

	Entiendo que el hecho de firmar esta autorización no es una condición para recibir tratamiento médico o servicios de intervención temprana futuros.
	Entiendo que puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento notificando al Programa de Intervención Temprana de DC por escrito, y que cualquier información compartida antes de revocar esta autorización no estará afectada por una revocación.
	Entiendo que antes de que se provean servicios específicos para mi hijo, también tengo derecho a autorizar o rechazar esos servicios.
	Entiendo que los comentarios relacionados con esta referencia, incluyendo la información educativa y de desarrollo sobre mi hijo, pueden ser proporcionados a los profesionales a cargo de la referencia para facilitar una apropiada coordinación de los servicios.
	Entiendo que una vez divulgada, mi información puede ser compartida y puede que ya no continúe estando protegida en virtud de la Ley de Portabilidad y Asignación de Responsabilidades del Seguro Médico (HIPAA), pero que no será divulgada nuevamente por la División de Infantes y Niños Pequeños con Discapacidades de conformidad con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de las Familias (FERPA). Para más información, consulte 45 CFR (Código de Regulaciones Federales) 164.508 para HIPAA y 34 CFR Parte 99 para FERPA.
	Entiendo que este consentimiento se vencerá en un (1) año y que si decido continuar con la División de Infantes y Niños Pequeños con Discapacidades será necesario que complete otro formulario de consentimiento.

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Padre/Tutor Legal)

**INSTRUCCIONES****PASO 1 – INGRESE LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO**

FILA 1	INGRESE EL APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO
FILA 2	INGRESE EL SEXO, ETNIA, PROVEEDOR DE SEGURO Y NÚMERO DE SEGURO (ID. DE MIEMBRO) DEL NIÑO
FILA 3	INGRESE EL NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL TUTOR LEGAL
FILA 4	INGRESE LA DIRECCIÓN Y EL VECINDARIO DEL TUTOR LEGAL
FILA 5	MARQUE EL IDIOMA MATERNO DEL NIÑO, <i>SI ES OTRO, INDIQUE EL IDIOMA CORRESPONDIENTE</i>
FILAS 6-10	COMPLETE ESTAS FILAS SI LA AGENCIA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIA (CFSA) O LOS TRIBUNALES TIENEN INTERVENCIÓN EN EL CASO DEL NIÑO <i>Ad Litum = ASIGNADO POR LOS TRIBUNALES</i>

**PASO 2 – INGRESE LA INFORMACIÓN SOBRE LA REFERENCIA**

FILA 1	ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUE EFECTÚA LA REFERENCIA, INCLUYENDO LA AGENCIA/DEPARTAMENTO
FILA 2	INGRESE SU NÚMERO DE TELÉFONO Y EXTENSIÓN, SI ES APLICABLE, Y EL NÚMERO DE FAX
FILA 3	¿ES USTED UN MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD? SI LO ES, MARQUE “SÍ” Y ESCRIBA SU ESPECIALIDAD SI NO LO ES, MARQUE “NO”
	¿SE LE HA EFECTUADO UN ANÁLISIS DE DESARROLLO AL NIÑO? SI SE EFECTUÓ, MARQUE “SÍ” Y ESCRIBA LAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS. ADJUNTE EL DOCUMENTO DEL ANÁLISIS SI NO SE EFECTUÓ, MARQUE “NO”
FILA 4	MARQUE Y COMPLETE LAS OPCIONES APLICABLES. FIRME CON SU NOMBRE Y FECHÉ ESTA REFERENCIA CON LA FECHA DE HOY.

**PÁGINA 2 – CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

**\*\* ESTA PÁGINA DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE ANTES DE LA REFERENCIA\*\***

EL PADRE LO AUTORIZARÁ A USTED COMO FUENTE DE REFERENCIA A DIVULGAR CUALQUIERA DE LOS DOCUMENTOS ENUMERADOS PONIÉNDOLOS A DISPOSICIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PARTE C DE DC (ITDD). *POR FAVOR, ADJUNTE TODOS LOS DOCUMENTOS MARCADOS.*

EL PADRE COLOCARÁ SUS INICIALES EN TODAS LAS CASILLAS PARA INDICAR QUE COMPRENDE LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS MENCIONADOS.

EL PADRE/TUTOR LEGAL FIRMARÁ Y FECHARÁ EL FORMULARIO. EL TESTIGO (FUENTE DE REFERENCIA) FIRMARÁ Y FECHARÁ EL FORMULARIO.

LA FUENTE DE REFERENCIA DEBE ENTREGARLE AL PADRE UNA COPIA DE LA REFERENCIA.

**DEVUELVA EL FORMULARIO A:**

810 First Street, NE, 5<sup>th</sup> Floor, Washington, DC 20002  
Teléfono: Oficina (202) 727-3665 - Fax: (202) 724-7230 - [www.osse.dc.gov](http://www.osse.dc.gov)

Actualizado: Enero 2011