



Formulario de referimiento del programa de intervención temprana

Solamente para uso del consultorio

Fecha de referimiento:

☐ Reapertura

1. INFORMACIÓN OBLIGATORIA

NOMBRE DEL NIÑO (Apellido, primer nombre, segundo nombre)

FECHA DE NACIMIENTO

(mes/día/año) ____/____/____

SEXO ☐ Masculino
☐ Femenino

DIRECCIÓN DEL NIÑO (Calle, N.º de apto.)

CIUDAD

Código postal

RAZA (Requisito - puedo escoger una o más)

☐ Blanca ☐ Asiática ☐ Negra ☐ Americana nativa o nativa de Alaska
☐ Nativa de Hawai/otra isla del Pacífico

GRUPO ÉTNICO (Requisito)

☐ Hispano ☐ No Hispano

NOMBRE DE LA MADRE (Apellido, primer nombre, segundo nombre)

TELÉFONO

☐ Casa (____) ____-____

☐ Celular (____) ____-____

☐ Trabajo (____) ____-____

Nombre del cuidador o contacto alternativo (Apellido, primer nombre)

Teléfono (____) ____-____

Relación con el niño ☐ Padre ☐ Abuelo/a ☐ Padre/madre de crianza ☐ Otra ____

RAZÓN PARA EL REFERIMIENTO (Marque sólo una)

☐ **INTERVENCIÓN TEMPRANA: Se sospecha o se conoce que este niño tiene retraso en su desarrollo o discapacidad.**

Enviar por fax a la Oficina Regional del EIP en el municipio de residencia del niño:

Bronx (718) 410-4504
Brooklyn (718) 722-2998
Manhattan (212) 487-7071
Queens (718) 271-6114
Staten Island (718) 420-5360

☐ **SUPERVISIÓN DEL DESARROLLO: Este niño se está desarrollando en forma normal, pero puede estar "en riesgo" de desarrollo atípico, o no pasó o no se le realizaron las pruebas de audición al nacer.**

Enviar por fax a la Oficina de Búsqueda de Niños (Child Find Office):

En toda la ciudad (212) 227-3642

Persona que presenta el referimiento para intervención temprana

Nombre

Agencia o establecimiento, si lo hubiera

Dirección (Calle, N.º de apto.)

Ciudad, estado, código postal

Teléfono

Fax

(____) ____-____

(____) ____-____

Fuente de referimiento : ☐ Programa comunitario o agencia EI
☐ Padres/familia ☐ Cuidador de crianza/otro ACS ☐ PCP ☐ Hospital
☐ Otro (especificar):

Comentarios

2. CON CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES

FECHA DE NACIMIENTO

DE LA MADRE (mes/día/año) ____/____/____

IDIOMA QUE SE HABLA

EN LA CASA:

EL NIÑO ES CONOCIDO POR ACS

☐ Sí ☐ No

MÉDICO DEL NIÑO

TELÉFONO DEL MÉDICO

(____) ____-____

HOSPITAL DONDE NACIÓ

LUGAR

PESO AL NACER

Edad

Libras: ____ Onzas: ____ O Gramos: ____

Gestacional: ____ semanas

DIAGNÓSTICO

si se conoce:

3. ES OBLIGATORIA LA FIRMA DE LOS PADRES

INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD

Estoy asegurado por _____ de acuerdo con el número de póliza _____. Acepto la incorporación de esta información de seguro en este formulario de referimiento para el Departamento de Salud y Salud Mental de Nueva York para los servicios de intervención temprana para mi hijo. Entiendo que no se facturarán los servicios a mi plan de seguro hasta que dichos servicios estén autorizados para mi hijo.

Sólo esta sección requiere el consentimiento de los padres por escrito. Firma del padre/madre _____ Fecha _____

Petición para un ISC

ISC pedido N.º de identificación de SC

Agencia N.º de identificación

Tel. (____) ____-____ Fax (____) ____-____

Razón para la petición de ISC

SOLAMENTE PARA USO DEL CONSULTORIO

Petición de ISC ☐ Aprobada ☐ No aprobada

SC asignado N.º de identificación de SC

Agencia N.º de identificación

Tel. (____) ____-____ Fax (____) ____-____

Fecha de entrada _____ Fecha _____

¿Preguntas? Llame al 311 y pregunte por **Early Intervention**

EIP 04/09