

# Help Me Grow – Formulario de remisión de proveedores universales de Long Island

Para las familias con niños de edad prenatal a 5 años que viven en los condados de Nassau o Suffolk

\*¿La familia está de acuerdo con esta derivación y con compartir la información?  Sí  No

\* Firma de los padres/consentimiento verbal \_\_\_\_\_

## Información del proveedor de referencia (Persona que debe recibir la correspondencia de seguimiento)

<b>Fecha de referencia</b>	<b>Nombre del sitio de referencia:</b>	<b>Nombre del proveedor de referencia:</b>	<b>Título:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Unidad:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Mejor número de teléfono para el seguimiento:</b>	<b>Número de fax*:</b>	<b>Correo electrónico:</b>	

### Indique si la familia ha realizado alguna de las siguientes pruebas:

**Cuestionario de desarrollo:**  Sí  No En caso afirmativo: Cuestionario y Puntuación:

**Cuestionario emocional social:**  Sí  No En caso afirmativo: Cuestionario y Puntuación:

**Cuestionario de autismo:**  Sí  No En caso afirmativo: Cuestionario y Puntuación:

**Cuestionario de depresión materna:**  Sí  No En caso afirmativo: Cuestionario y Puntuación:

### ¿Ha enviado ya una recomendación (marque todas las que correspondan)?:

- Intervención Temprana (fecha de envío: \_\_\_\_\_)  Servicios de salud mental (fecha de envío: \_\_\_\_\_)
- Educación especial preescolar (fecha de envío: \_\_\_\_\_)  Otros: \_\_\_\_\_ (fecha de envío: \_\_\_\_\_)

### Información del niño (de 0 a 5 años)- pon n/a si es prenatal

<b>Apellido del niño</b>	<b>Nombre del niño</b>	<b>Fecha de nacimiento (5 años o menos)</b>	<b>Género</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<b>Dirección</b>	<b>Unidad:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Código postal:</b>

### Información del Cuidador

<b>Apellido del cuidador</b>	<b>Nombre del cuidador</b>	<b>Relación con el niño</b>	<b>Idioma(s) hablada(s)</b>
<b>Mejor teléfono (marque 1)</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<b>Otro teléfono (marque 1)</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
<b>Correo electrónico:</b>			
<b>Mejor hora de contacto</b> <input type="checkbox"/> Mañana (9AM-12PM) <input type="checkbox"/> Medio día/Tarde (12PM-5PM) <input type="checkbox"/> Noche (5PM-7PM)			

### Comentarios:

### Motivo de la referencia (marque todo lo que corresponda)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Necesidades básicas                   | <input type="checkbox"/> Preocupación por el desarrollo    | <input type="checkbox"/> Salud mental ( <input type="checkbox"/> padres <input type="checkbox"/> hijos ) |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento/interacciones sociales | <input type="checkbox"/> Examen del desarrollo             | <input type="checkbox"/> Navegación por los servicios/referencias  |
| <input type="checkbox"/> Dificultad cognitiva/de aprendizaje   | <input type="checkbox"/> Motricidad fina/motricidad gruesa | <input type="checkbox"/> Otros _____   |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de niños/educación infantil   | <input type="checkbox"/> Información general sobre HMG     |  |
| <input type="checkbox"/> Comunicación                          | <input type="checkbox"/> Apoyo a los padres                |  |

\*HMG-LI confirmará el recibo del fax; Por favor, póngase en contacto con nosotros si no recibe nada en el periodo de 2 días. HMG-LI se pondrá en contacto con usted cuando se hayan hecho las referencias y continuamente hasta que el caso se considere cerrado. Por favor, llame o envíe un correo electrónico para ver si hay actualizaciones durante el proceso, según sea necesario.