

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)

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

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

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

Información del Cuidador

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

Breve resumen:

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.