

# 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 ha aceptado esta referencia, compartiendo información y contacto de HMG-LI a través de SMS y teléfono?  Sí  No

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

<b>Información del proveedor de referencia (Persona que debe recibir la correspondencia de seguimiento)</b>			
<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** *Al proporcionar celular, está consintiendo que HMGLI comunique a través de teléfono y mensajes de texto SMS.*

<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>Seguro primario:</b>	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado
<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)			

**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.