

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: _____

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:
Número de teléfono del proveedor:		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 *Al proporcionar celular, está consintiendo que HMGLI comunique a través de teléfono y mensajes de texto SMS.*

Apellido del cuidador	Nombre del cuidador	Relación con el niño	Idioma(s) hablada(s)
Número de teléfono del cuidador		Otro teléfono (sí se aplica)	
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.