STRONG START

Formulario de remisión

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO	
Nombre legal del niño (apellido, primer nombre, segundo nombre, apodo [opcional])	Fecha de Nacimiento
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No definido	Origen étnico o raza:
Nombre del seguro	Número del seguro
Padre, madre o tutor legal	Teléfono/Correo Electrónico
Dirección del padre/madre/tutor legal	Distrito
Idioma principal hablado por el padre, la madre o el tutor legal ☐Inglés ☐ Español ☐Otro_____	
Padres adoptivos (si corresponde)	Teléfono
Dirección de los padres adoptivos (si corresponde)	Condado o distrito
¿Durante cuánto tiempo ha vivido el niño en la residencia?	¿Sustituto, representante o tutor *ad lítem*? ☐ Sí ☐ No
Si el sustituto, el representante o el tutor es *ad lítem*, indique el nombre.	Teléfono
Asistente social asignado de la Agencia de Servicios para el Niño y la Familia (Child & Family Services Agency, CFSA)	Teléfono

INFORMACIÓN DE LA REMISIÓN	
Nombre de la persona que remite	Organismo o consultorio
Teléfono	Fax
¿Es usted un profesional de la salud calificado? ☐ Sí Especialidad_____ ☐ No	¿Se han realizado exámenes de desarrollo? ☐ Sí Herramientas usadas_____ ☐ No

Marque y complete una de las siguientes casillas:

☐ Este niño tiene un examen o análisis actual que demuestra alguna necesidad o actualmente recibe servicios por una afección diagnosticada.
Describa:_____.

☐ Se ha diagnosticado que este niño tiene afecciones físicas o mentales de las cuales se sabe que tienen una alta probabilidad de originar retrasos importantes en el desarrollo (incluso si no se perciben retrasos en este momento).
Describa:_____.

☐ Se han manifestado inquietudes por retrasos posibles en el desarrollo en las siguientes áreas: _____
_____.

Firma: _____ Fecha: _____
(Persona que remite)

Oficina del superintendente estatal de educación• Strong Start
1371 Harvard Street, NW 1st Floor, Washington, DC 20009
Principal: 202-727-3665 • Fax: 202-724-7230 • Correo electrónico: osse.dceip@dc.gov

STRONG START

EVALUACIÓN DE LA PARTE C
CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Se me ha explicado que debido a las inquietudes sobre el desarrollo, las complicaciones en el nacimiento o el nacimiento prematuro de mi hijo, es posible que mi hijo y familia sean elegibles para recibir servicios especiales diseñados para ayudar a mi hijo a alcanzar sus logros de desarrollo.

Por el presente autorizo a _____ a divulgar la siguiente información a **Strong Start** con el propósito de indicar
(Origen de la remisión)
la elegibilidad de mi hijo para los servicios de intervención temprana.

Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Información de remisión
- ☐ Resumen de admisión
- ☐ Resumen del alta
- ☐ Otro _____
- ☐ Evaluaciones de fisioterapia
- ☐ Evaluaciones de terapia ocupacional
- ☐ Evaluaciones del habla y del lenguaje
- ☐ Otro _____
- ☐ Resultados de los exámenes del desarrollo
- ☐ Resultados de las pruebas o los exámenes de audición
- ☐ Resultados de las pruebas o los exámenes de la visión
- ☐ Otro _____

Lea y escriba sus iniciales en todas las casillas para indicar que comprende sus derechos antes de firmar. Si tiene preguntas sobre sus derechos, llame a **Strong Start** al (202) 727-3665.

	Comprendo que firmar esta autorización no es una condición para recibir servicios de intervención temprana o tratamiento médico en el futuro.
	Comprendo que puedo revocar (es decir, cancelar) esta autorización en cualquier momento notificando a **Strong Start** por escrito y que toda información transmitida antes de la revocación de esta autorización no se verá afectada por la revocación.
	Comprendo que antes de que se presten servicios específicos para mi hijo, también tengo el derecho de autorizar o no aceptar dichos servicios.
	Comprendo que, pueden enviarse comentarios sobre esta remisión, incluida la información educativa y de desarrollo sobre mi hijo, al profesional que remite para facilitar la coordinación adecuada de servicios.
	Comprendo que si mi hijo es elegible para Medicaid y está cubierto por las Consultas de pruebas, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (early periodic screening diagnosis and treatment, EPSDT), esta remisión se transmitirá al coordinador de servicios o al administrador de casos de atención médica administrada de Medicaid.
	Comprendo que una vez que se divulgue, es posible que mi información se dé a conocer y ya no esté protegida bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), pero el Programa de intervención temprana del Distrito de Columbia (District of Columbia, DC) no la dará a conocer nuevamente conforme a la Ley de Privacidad y Derechos de Educación de la Familia (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA). Para obtener información, consulte el Titulo 45 del Código Federal de Regulaciones (Code of Federal Regulations, CFR), Sección 164.508 para leer la HIPAA y el Título 34 del CFR, Parte 99 para leer la FERPA.
	Comprendo que este consentimiento vencerá en un (1) año y que se deberá completar un formulario de consentimiento nuevo en el caso de que mi hijo continúe siendo elegible para **Strong Start**.

Firma: _____ Fecha: _____
(Padre, madre o tutor legal)

DEVOLVER REMISIÓN A LA

Oficina del superintendente estatal de educación• Strong Start
1371 Harvard Street, NW 1st Floor, Washington, DC 20009
Principal: 202-727-3665 • Fax: 202-724-7230 • Correo electrónico: osse.dceip@dc.gov

STRONG START

INSTRUCCIONES

PASO 1: INGRESE LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO

FILA 1	INGRESE EL APELLIDO, EL PRIMER NOMBRE Y EL SEGUNDO NOMBRE DEL NIÑO Y SU FECHA DE NACIMIENTO
FILA 2	INGRESE EL SEXO, EL ORIGEN ÉTNICO, EL PROVEEDOR DEL SEGURO Y EL NÚMERO DEL SEGURO (IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO)
FILA 3	INGRESE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL TUTOR
FILA 4	INGRESE LA DIRECCIÓN Y EL DISTRITO DEL TUTOR
FILA 5	MARQUE EL IDIOMA PRINCIPAL DEL NIÑO *SI CORRESPONDE "OTRO", INDIQUE QUÉ IDIOMA*
FILAS 6 A 10	COMPLÉTELAS SI LOS TRIBUNALES O LA CFSA INTERVIENEN EN ALGÚN ASPECTO DE LA VIDA DEL NIÑO
	Ad lítem = ABOGADO ASIGNADO POR LOS TRIBUNALES

PASO 2: INGRESE LA INFORMACIÓN DE REMISIÓN

FILA 1	ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL PRIMER NOMBRE Y EL APELLIDO DE LA PERSONA QUE REMITE; INGRESE LA AGENCIA O EL CONSULTORIO DE REMISIÓN
FILA 2	INGRESE SU NÚMERO DE CONTACTO, LA EXTENSIÓN SI CORRESPONDE Y EL NÚMERO DE FAX
FILA 3	¿ES USTED UN PROFESIONAL DE LA SALUD CALIFICADO? SI RESPONDIÓ "SÍ", MARQUE "SÍ" E INDIQUE SU ESPECIALIDAD SI RESPONDIÓ "NO", MARQUE "NO"
	¿SE HA SOMETIDO AL NIÑO A EXÁMENES DE DESARROLLO? SI RESPONDIÓ "SÍ", MARQUE "SÍ", MENCIONE LAS HERRAMIENTAS USADAS Y ADJUNTE EL DOCUMENTO SOBRE LOS EXÁMENES SI RESPONDIÓ "NO", MARQUE "NO"
FILA 4	MARQUE Y COMPLETE LAS OPCIONES CORRESPONDIENTES. FIRME Y FECHE ESTA REMISIÓN CON LA FECHA DE HOY.

PÁGINA 2: CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
****EL PADRE O LA MADRE DEBE COMPLETAR ESTA PÁGINA ANTES DE LA REMISIÓN****

- El padre o la madre le autorizará como el origen de remisión para divulgar los documentos marcados que se mencionan a **Strong Start** de la Parte C del DC. *Adjunte todos los documentos marcados*.
- El padre o la madre escribirá sus iniciales en cada casilla indicando que comprende la declaración de derechos mencionada.
- El padre, la madre o el tutor firmará y fechará el documento. El testigo (origen de remisión) firmará y fechará el documento.
- La persona que sea el origen de remisión emitirá una copia de la remisión al padre o a la madre.

DEVOLVER REMISIÓN A LA

Oficina del superintendente estatal de educación• Strong Start
1371 Harvard Street, NW 1st Floor, Washington, DC 20009
Principal: 202-727-3665 • Fax: 202-724-7230 • Correo electrónico: osse.dceip@dc.gov