Formulario de referencia para la salud del niño

Fecha de llenado: _____

Service Locator

Instrucciones: Cualquiera puede referir a un niño de Georgia que califique para Babies Can´t Wait, Children 1st, Children's Medical Services (CMS), Early Hearing Detection and Intervention (EHDI) o MIECHV*. Complete este formulario usando el Localizador de Servicios para Mujeres y Niños para encontrar su contacto local de referencia de salud infantil y enviárselo directamente. *El programa MIECHV no está disponible en todos los condados.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA QUE HACE LA REFERENCIA

Puede saltarse esta sección si un padre o tutor está llenando el formulario.

Persona o práctica que hace la referencia:	**No. de teléfono:**	**No. de fax:**	**Correo electrónico:**

¿Está uno de los padres o el tutor al tanto de esta referencia? ☐ No ☐ Sí

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño:	**Apellido del niño:**	**Fecha de nacimiento del niño:** / /	**Sexo del niño:** ☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre y apellido de la madre biológica:

Fecha de nacimiento de la madre biológica (si se conoce): / /

Raza del niño (seleccione todas las que correspondan):
☐ Indio americano o nativo de Alaska
☐ Blanco
☐ Asiático
☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
☐ Negro o afroamericano
☐ Otro: _____
☐ Prefiero no responder

Etnia del niño:
☐ Hispano o latino
☐ Ni hispano, ni latino
☐ Prefiero no responder
☐ Otro:

Seguro del niño (si se conoce):
☐ Medicaid / PeachCare for Kids
☐ Comercial / Privado
☐ Desconocido ☐ Ninguno
Número de la póliza de seguro (si se conoce):

Nombre y número de teléfono del médico primario del niño (si se conoce):

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE UN PADRE O TUTOR:

Nombre y apellido del tutor:	**Relación con el niño:**	**Número de teléfono:**	**Número de teléfono alternativo:**

Correo electrónico:	**Dirección física:**	**Ciudad:**

Estado:	**Código postal:**	**Condado (si se conoce):**	**Idioma principal:** ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____	**¿Necesita intérprete?** ☐ No ☐ Sí

Nombre y número de teléfono del trabajador social de DFCS (si corresponde):

MOTIVO(S) PARA LA REFERENCIA (SELECCIONE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

☐ **Diagnóstico confirmado.** Al niño se le ha diagnosticado una condición que afecta su desarrollo y/o que es una condición médica crónica.

Diagnóstico y Código ICD-10 *(adjunte un informe)*:

Consulte la Base de Datos de Condiciones de Salud Infantil para ver los códigos elegibles.

☐ **Sospecha o diagnóstico de retraso en el desarrollo.** El niño puede tener retraso en su proceso de desarrollo. Se requiere hacer una evaluación o examen de detección.

Seleccione todos los problemas que apliquen:
☐ Motor y físico
☐ Social y emocional
☐ Habla y comunicación
☐ Conductual y adaptativo
☐ Audición

¿Se ha sometido al niño a una evaluación reciente?
☐ No ☐ Sí (adjunte los resultados)

☐ **En riesgo de un retraso en el desarrollo.** El niño tiene factores de riesgo médicos, sociales o ambientales y puede beneficiarse de una evaluación.

Seleccione todos los problemas que apliquen:
☐ Parto prematuro o peso bajo al nacer
☐ Exposición prenatal a sustancias
☐ Inquietudes sobre la seguridad del niño (por ejemplo, abuso, descuido, violencia familiar)
☐ Ambiente familiar inseguro
☐ Otro:

Comentarios:

Office Use Only: Date Child Health Referral Received: _____ SendSS #: _____
Date Routed: _____ Program(s): ☐ BCW ☐ C1st ☐ CMS ☐ EHDI ☐ MIECHV ☐ DPH HV ☐ Other: _____