Formulario de recomendaciones para servicios de salud y del desarrollo

El Progreso Hasta Hoy en Día : □ Inicial □ Servicios Provistos/Seguimiento

FAX	*Región Central: (619) 544-0308*	*Región del Norte: (858) 966-7521*	*Región Interior del Norte: (760) 796-6855*
	Región del Este: (619) 444-1249	*Región Costa del Norte: (858) 793-1153*	*Región del Sur: (619) 420-8722*

Por favor envíe este formulario a la región que usted pertenece. Los números de fax están localizados arriba. Consulte la lista de códigos postales para determinar las zonas de servicio.

First 5 San Diego First 5 Commission of San Diego County Improving the lives of children 0 to 5	**Organización remitente:**	**Comuníquese con:**	**Teléfono:**
	Organización referida:	**Comuníquese con:**	**Teléfono:**
Fecha:	**Nombre del niño/a:**	**Idioma del niño/a:**	**Fecha de nacimiento del niño/a:**
Nombre del padre, madre, o persona a cargo:		**Teléfono de la persona a cargo:**	**Código postal de donde vive:**
Relación con el niño/a:		**¿Es padre de crianza (*Foster*)?** □	**Código postal de la guardería (si corresponde):**
¿La persona a cargo del niño, está enterada de los servicios solicitados? □ **Sí** □ **No**		**¿Cumple con los requisitos de bajos ingresos?** □ **Sí** □ **No**	

Servicios solicitados:
Comuníquese con las distintas regiones para mayor información sobre los servicios disponibles.

□ Apoyo y Habilitación para Padres
□ Servicios Relacionados con el Comportamiento
□ Asesoría sobre la Salud y el Comportamiento
□ Visitas a Domicilio de recién nacidos, primogénitos (el primer bebé)
□ Visitas a Domicilio para personas en Riesgo
□ Servicios para el Desarrollo
□ Visión
□ Audición
□ Habla o Lenguaje

Específicamente:

Servicios que actualmente son proporcionados por miembros de la red de los servicios para la salud y el desarrollo:

Servicios que actualmente son proporcionados por otros programas:

Comentarios:

Autorización para dar y recibir información:

Yo, _____ (su nombre con letra de imprenta) autorizo a las agencias indicadas para comunicarse conmigo sobre los servicios requeridos y relacionados a mi hijo/a. Entiendo que con este documento doy permiso para intercambiar solamente la información indicada, perteneciente a la coordinación de servicios para mi hijo/a. Autorización Verbal: □

Firma del padre, madre o persona a cargo: _____ Fecha: _____

Para servicios para el desarrollo: Sé que el cuestionario de Edades y Etapas de mi niño/a se podría mandar por fax junto con esta remisión y estoy de acuerdo. (Escriba sus iniciales) _____

Alguna condición o factor especial para compartir información:

↓ QUIEN RECIBA EL FAX LLENARÁ ESTO Y LO DEVOLVERÁ EN 5 DÍAS LABORALES: ↓

Se le ha puesto una cita para Fecha: _____ Hora: _____

No se puso cita porque: □ El padre/madre/persona a cargo rehusó los servicios
□ No nos pudimos comunicar con el padre/madre/persona a cargo
□ El niño/a está en lista de espera
□ Otro:

La información de este documento facsímile es confidencial y privada por ley y se transmite únicamente para el uso de la persona u organización nombrada como destinatario. Si quien recibe esta documentación no es el destinatario, queda avisado que está estrictamente prohibida la divulgación, distribución o fotocopiado de este documento. Si recibe este documento por equivocación, por favor informe al remitente inmediatamente. Versión 9/2007