

Mesa directiva centrada en la comunidad: _____

Nombre del niño: _____ Hombre Mujer Fecha de nacimiento: _____

Padre/Madre/Tutor Legal: _____ Teléfono: _____

Dirección de la familia: _____ Condado: _____

Idioma usado principalmente por padre/madre/tutor legal: Inglés Español Otro: _____

Padres Acogedores(s) (si es aplicable): _____ Teléfono: _____

Dirección del losPadres Acogedores: _____ Condado: _____

Idioma Principal que habla el Padre Acogedor Inglés Español Otro: _____

Cuánto tiempo ha vivido el niño en ésta residencia? _____ Sustituto/ Abogar por/ Tutor designado por la corte? SI NO

Nombre si así es: _____ Teléfono: _____

Trabajador del Caso asignado por DSS: _____ Teléfono: _____

Nombre de la persona haciendo la referencia: _____ Agencia/Práctica: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

¿Es usted un profesional de la salud? (Vea la guía de referencias) SÍ NO Disciplina: _____

¿Se le ha hecho a este niño un asesoramiento del desarrollo? SÍ NO Instrumento usado: _____

Por favor marque y llene uno de los siguientes cuadros (A o B):

A. **Este niño ha sido diagnosticado con la siguiente condición(es) física o mental que tiene una alta probabilidad de resultar en retrasos significativos en el desarrollo (aún si ningún retraso es aparente actualmente):** (Ver la condición establecida en la base de datos en la sección de referencias en la página del Internet de Ei Colorado website: www.eicolorado.org)

B. **Existen preocupaciones de posibles retrasos en el desarrollo en las siguientes áreas:** _____

Firma: _____ Fecha: _____ (persona haciendo la referencia)

Yo autorizo a _____ (fuente de la referencia) para entregar la siguiente información (marque todas las que aplican):

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Información sobre referencias | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de terapia física | <input type="checkbox"/> Resultados del asesoramiento del desarrollo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Resumen de admisión | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Resultados del asesoramiento del oído | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Resumen de ser dado de alto | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de terapia del habla | <input type="checkbox"/> Resultados del asesoramiento de la vista | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

... a las siguientes agencias y programas por las siguientes razones:

- Programa de intervención temprana de la Mesa Directiva Centrada en la Comunidad en nuestro condado de residencia para establecer la elegibilidad de mi hijo para recibir los servicios de intervención temprana.
- El Proyecto Neonatal Intensive Care Unit (NICU) (Unidad de cuidado intensivo neonatal), que sirve como entrada única para los NICUs de nivel III para que faciliten la referencia a la Mesa Directiva Centrada en la Comunidad en nuestro condado de residencia para establecer la elegibilidad de mi hijo y recibir los servicios de intervención temprana.
- Distrito Escolar / Mesa Cooperativa para Servicios Educativos (BOCES) o la Mesa del Centro Comunitario (CCB) responsable a completar un chequeo por medio de Child Find y evaluación para mi niño, y/o (para niños mayores de 27 meses) y establecer elegibilidad para servicios de educación especial a la edad de tres años.

--Entiendo que al firmar ésta autorización, no es una condición para recibir tratamiento futuro médico o servicios de intervención temprana.

-- Entiendo que puedo revocar (cancelar) ésta autorización a cualquier momento notificando a la Mesa del Centro Comunitario (CCB) o Distrito Escolar / Mesa Cooperativa para Servicios Educativos (BOCES) por escrito, y cualquier información que fue compartida antes del revocamiento de ésta autorización no será afectada por la revocación.

-- Entiendo que antes que cualquier servicio específico sea proporcionado, también tengo el derecho de autorizar o rehusar esos servicios.

--Entiendo que ya enviada mi información puede ser revelada y puede no estar protegida bajo el Decreto para la Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, aunque no será revelada después por la Mesa del Centro Comunitario o el Distrito Escolar /BOCES, conforme al Decreto de Privacidad y Derechos para la Familia en la Educación r (FERPA).

Para más información, vea CFR 45 (código de Reglas Federales) 164.508 para HIPAA y 34 CFR Parte 99 para FERPA

Esta autorización se vence _____ (fecha o evento de vencimiento).

Firma: _____ Fecha: _____ copia entregada a padre, madre o tutor legal
(padre, madre o tutor legal del niño)