

Formulario de Referido para proveedores* de Programas Regionales de los Programas de Intervención Temprana del IDEA del Milestones Parte C de Montana desde el Nacimiento hasta 3 años de edad.

INFORMACION DE CONTACTO NIÑO/PADRE

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Parentesco con el Niño: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ C/P: _____

Condado: _____ Telefono Primario _____ Telefono Secundario _____ Correo Elect. _____

Texto Aceptable: Si No Hora Preferible para contactar: _____

Idioma Primario: _____ Necesita Interprete: Si No

CONSENTIMIENTO PARENTAL PARA COMPARTIR INFORMACION

Consentimiento para ceder informacion medica y educativa

Yo, _____ (nombre en molde de padre o tutor) doy permiso para que el proveedor de salud de mi hijo(a) _____ (nombre del proveedor) comparta cualquiera y toda informacion pertinente sobre mi hijo(a) _____ (nombre del niño/a), con los servicios del Programa de Intervención Temprana Montana Milestones Parte C del programa IDEA. Además, otorgo permiso para que Montana Milestones comparta información sobre el desarrollo y la educación de mi hijo con el proveedor de salud infantil que remitió a mi hijo, para asegurarse de que estén informados de los resultados de la evaluación.

Firma del Padre o Tutor: _____ Date: ____/____/____

Su consentimiento es válido por un período de un año a partir de la fecha de su firma en esta consesión.

Remitente _____ Telefono del Remitente: _____

Correo Elect. del Remitente: _____

Practica o Agencia Remitente: _____ Telefono del Remitente: _____

Correo Elect. del Remitente: _____ FAX de la Agencia or Practica: _____

MOTIVO DE REFERENCIA A LOS SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DE MT Milestones Parte C del IDEA

Proveedor: Complete todo lo que corresponda. Adjunte la herramienta de evaluación completada, por favor.

Evaluación Concerniente ASQ ASQ:SE PEDS M-CHAT Otra: _____

Preocupaciones por posibles retrasos en las siguientes áreas (por favor, marque todas las áreas de preocupación y proporcione puntuaciones, si corresponde):

Comunicacion _____ Motricidad Fina _____ Socio-Personal _____

Motricidad Gruesa _____ Resolucion de Problemas _____ Otra: _____

Preocupaciones del clínico (incluyendo visión y audición) pero no evaluadas:

Formulario de Referido para proveedores* de Programas Regionales de los Programas de Intervención Temprana del IDEA del Milestones Parte C de Montana desde el Nacimiento hasta 3 años de edad.

La familia es consciente de la razón por la que se les remite.

Firma del Proveedor: _____ **Fecha:** ____/____/____

Si el niño tiene una condición o diagnóstico identificado conocido por tener una alta probabilidad de resultar en retrasos significativos en el desarrollo, por favor complete la Declaración Adjunta del Médico o Psicólogo para la Elegibilidad de la Intervención Temprana (en el reverso) además de este formulario de referencia. Solo un médico o psicólogo con licencia del estado de Montana puede firmar la Declaración.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR Y SOLICITUD DE RESULTADOS DE REFERENCIA

Nombre del Proveedor Referente: _____ Contacto del Referido: _____

Teléfono de Oficina: _____ Fax de Oficina: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Proveedor de Atenciones Primarias: _____

Si el niño es elegible, el proveedor médico recibirá una copia del Resumen del Servicio.

RESULTADOS DE EVALUACION DEL PROVEEDOR REFERENTE de la Intervención Temprana IDEA Milestones Parte C de Montana.

Servicios de Intervención Temprana de la Ley IDEA del Milestones Part C de Montana: por favor complete esta sección, adjunte la información solicitada y devuélvala a la fuente de referencia mencionada anteriormente.

Familia fue contactada en ____/____/____

El niño fue evaluado en ____ ____ / ____ y fue determinado como:

Elegible para los servicios No elegible para los servicios por el momento, referido a: _____

El Padre declinó la evaluación El Padre no tiene inquietudes

No fue posible contactar al Padre Intentos ____ La Agencia cerrará el referido en ____/____/____

Formulario de Referido para proveedores* de Programas Regionales de los Programas de Intervención Temprana del IDEA del Milestones Parte C de Montana desde el Nacimiento hasta 3 años de edad.

Declaración de Condición Establecida la Elegibilidad de Intervención Temprana del Montana Milestones Parte C del IDEA (Desde el Nacimiento hasta los 3 Años de Edad)

Fecha: _____ Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

El Estado de Montana, a través del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana, proporciona servicios de Intervención Temprana (IT) a bebés y niños pequeños de edad desde el nacimiento hasta los tres años con retrasos significativos en su desarrollo. El MT DPHHS reconoce que las discapacidades pueden no ser evidentes en todos los niños pequeños, pero sin intervención, existe una alta probabilidad de que un niño con discapacidades no reconocidas pueda presentar un retraso en su desarrollo.

MT DPHHS solicita su ayuda para determinar la elegibilidad para los servicios de Montana Milestones Parte C del IDEA (Ley de Educación para Personas con Discapacidades) para el niño mencionado anteriormente. Según la ley de Montana, un médico o psicólogo con licencia otorgada por la Junta Estatal correspondiente puede examinar a un niño y determinar si tiene una condición física o mental que probablemente resulte en un retraso en el desarrollo.

Por favor, tenga en cuenta que, aunque muchos niños pueden beneficiarse de los servicios de intervención temprana (IT) de Montana, solo aquellos en quienes se evidencian retrasos significativos en el desarrollo o es muy probable que se desarrollen, son elegibles.

Gracias por su tiempo y su asistencia en con el asunto.

Condicion Establecida:

Por favor indicar si este niño tiene algun:

- Impedimento en la Vista
- Impedimento Auditivo
- Impedimento Ortopedico

Comentarios:

Si No **Este niño tiene una condicion fisica o mental que podria resultar en un retraso del desarrollo.**

Médico/Sicólogo _____ Fecha _____

Nombre en letra de Molde: _____ Telefono: _____

Formulario de Referido para proveedores* de Programas Regionales de los Programas de Intervención Temprana del IDEA del Milestones Parte C de Montana desde el Nacimiento hasta 3 años de edad.

CONTACTOS para el Programa de Intervencion Temprana Milestones Parte C

Agency	Region
DEAP 2200 Box Elder Miles City, MT 59301 (406) 234 6034 FAX (406) 234 7018	Region 1 Condados bajo servicio: Carter, Custer, Daniels, Dawson, Fallon, Garfield, McCone, Phillips, Powder River, Prairie, Richland, Roosevelt, Rosebud, Sheridan, Treasure, Valley, Wibaux
Servicios Humanitarios Benchmark 18 6 th Street North, Suite 100D Great Falls, MT 59401 (406) 403 0087 Toll Free: 866 235 4700 FAX (406) 403 0088	Region 2 Condados bajo servicio: Blaine, Cascade, Chouteau, Glacier, Hill, Liberty, Pondera, Teton, Toole
Distrito Escolar de Billings #2 Intervencion Temprana Infantil 2016 Grand Avenue Billings, MT 59102 (406) 281 5885 FAX (406) 245 1149	Region 3 Condados bajo servicio: Big Horn, Carbon, Fergus, Golden Valley, Judith Basin, Musselshell, Petroleum, Stillwater, Sweet Grass, Wheatland, Yellowstone,
Conexion con la Familia 1212 Helena Avenue Helena, MT 59601 (406) 443 7370 FAX (406) 449 6062	Region 4 Condados bajo servicio: Beaverhead, Broadwater, Deer Lodge, Gallatin, Granite, Jefferson, Lewis and Clark, Madison, Meagher, Park, Powell, Silver Bow
Centro de Desarrollo Infantil 3335 Lt Moss Road Missoula, MT 59804 (406) 549 6413 FAX (406) 542 0143	Region 5 Condados bajo servicio: Flathead, Lake, Lincoln, Mineral, Missoula, Ravalli, Sanders

La información de contacto del programa de Intervención Temprana Montana Milestones Part C del IDEA también está disponible en la página web del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana.

<https://dphhs.mt.gov/dsd/developmentaldisabilities/montanamilestones>

o por favor llamar al 1-406-444-5647

Formulario de Referido para proveedores* de Programas Regionales de los Programas de Intervención Temprana del IDEA del Milestones Parte C de Montana desde el Nacimiento hasta 3 años de edad.

Consentimiento para el uso o divulgación de información de salud entre proveedores de atención médica e hitos de Montana Parte C de los programas de intervención temprana de The Idea

Información para padres

Este consentimiento para la divulgación de información autoriza la divulgación y/o el uso de la información médica de su hijo del proveedor de atención médica de su hijo a los programas de intervención temprana de la Parte C de Montana Milestones. ***Este formulario de consentimiento también autoriza la divulgación de información educativa y de desarrollo de los programas de intervención temprana de la Parte C de Montana Milestones al proveedor de atención médica de su hijo.***

¿Por qué es importante este formulario de consentimiento?

El proveedor de atención médica de su hijo atiende a su hijo en las visitas de evaluación del niño sano y para recibir tratamiento médico. A veces, el proveedor de atención médica de su hijo puede ver la necesidad de más información, como la evaluación o el seguimiento por parte de otros especialistas, para identificar las necesidades especiales de atención médica de su hijo. El programa de intervención temprana de la Parte C de Montana Milestones puede ser un recurso para ayudar a identificar las necesidades de su hijo. El objetivo principal de este formulario de consentimiento es permitir la comunicación entre el proveedor de atención médica de su hijo y los programas regionales de Intervención Temprana de la Parte C de Montana Milestones, para que estas agencias puedan trabajar juntas para ayudar a su hijo.

¿Por qué se me pide que firme un consentimiento en este formulario?

El consentimiento permite que el proveedor de atención médica de su hijo comparta información sobre su hijo con los programas de intervención temprana de la Parte C de Montana Milestones y permite que los programas de intervención temprana de la Parte C de Montana Milestones compartan información sobre su hijo con su proveedor de atención médica. Su consentimiento para la divulgación de información permite que el proveedor de atención médica de su hijo y los programas de intervención temprana de la Parte C de Montana Milestones se comuniquen entre sí para garantizar que su hijo reciba la atención que su hijo necesita. Sin embargo, como padre o tutor legal de su hijo, puede negarse a dar su consentimiento para esta divulgación de información.

¿Cómo se utilizará este consentimiento?

Este formulario de consentimiento seguirá a su hijo mientras es evaluado y/o evaluado en uno de los programas regionales de Intervención Temprana de la Parte C de Montana Milestones. La información generada por este comunicado se convertirá en parte de los registros médicos y educativos de su hijo. La información se compartirá solo con personas que trabajen en o con Montana Milestones Parte C Early Intervention o en la oficina del proveedor de atención médica de su hijo con el fin de proporcionar entornos y servicios educativos seguros, apropiados y menos restrictivos y para coordinar la atención médica adecuada.

¿Por cuánto tiempo es válido el consentimiento?

Este consentimiento es efectivo por un período de un año a partir de la fecha de su firma en la liberación.

¿Cuáles son mis derechos?

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a este

- consentimiento: Puede revocar este consentimiento en cualquier momento.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de la Autorización.