

# STRONG START

## Forma de referencia

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO	
Nombre Legal del Niño (Apellido, Nombre, Segundo Nombre, (Opcional-Apodo))	Fecha de Nacimiento
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No determinado	Etnia/Raza
Nombre del Seguro	Número del Seguro
Nombre del Padre(s) o del Tutor Legal	Número de Teléfono
Dirección del Padre(s) o del Tutor Legal	Vecindario
Idioma Principal Hablado por el Padre(s) o por el Tutor Legal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro_____	
Padre(s) de Crianza (si se aplica)	Número de Teléfono
Dirección del Padre(s) de Crianza (si se aplica)	Condado/Vecindario
¿Cuánto tiempo ha vivido el niño en esta residencia?	¿Sustituto/Defensor/Tutor <i>ad Litum</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es Sustituto/Defensor/Tutor, indique el nombre:	Número de Teléfono
Nombre del Trabajador Social de la Agencia de Servicios para Niños y Familia	Número de Teléfono

INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA	
Nombre de la Persona que lo Refirió	Agencia/Departamento
Número de Teléfono	Fax
¿Es usted un Médico o Profesional de la Salud? <input type="checkbox"/> Sí Especialidad_____ <input type="checkbox"/> No	¿Ha completado el análisis de desarrollo del niño? <input type="checkbox"/> Sí Herramientas Utilizadas_____ <input type="checkbox"/> No

### Por favor de llenar este formulario:

- Los resultados del análisis/evaluación reciente de este niño demuestran la necesidad de recibir los servicios, o este niño está recibiendo actualmente servicios por una condición diagnosticada.

Describir: \_\_\_\_\_

- A este niño se le ha diagnosticado una condición(es) física o mental que se sabe que tiene una alta probabilidad de causar un atraso importante en su desarrollo (aún si los atrasos no son evidentes en estos momentos).

Describir: \_\_\_\_\_

- Existe preocupación por los posibles atrasos en el desarrollo en las siguientes áreas:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de la referencia: \_\_\_\_\_

Persona de Referencia



Office of the State Superintendent of Education • Strong Start

810 First Street, NE, 5th Floor, Washington, DC 20002

Main: 202.727.3665 • Fax: 202.724.7230 • Email: osse.dceip@dc.gov • [www.strongstartdc.com](http://www.strongstartdc.com)



Office of the  
State Superintendent of Education

# STRONG START

## EVALUACIÓN DE LA PARTE C CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Me han explicado que debido al nacimiento prematuro de mi hijo, complicaciones durante el nacimiento, y/o motivos de preocupación relacionados con su desarrollo, mi hijo y mi familia pueden ser elegibles para recibir servicios especiales diseñados para ayudar a mi hijo a cumplir con sus etapas de desarrollo.

Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ a divulgar la siguiente información a  
(fuente de referencia)

**Strong Start con el propósito de establecer la elegibilidad de mi hijo para los servicios de intervención temprana.**

### Marque todos los ítems aplicables:

- |                                                          |                                                              |                                                                     |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Información sobre la Referencia | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de Fisioterapia        | <input type="checkbox"/> Resultados del Análisis de Desarrollo      |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Admisión             | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Resultados del Análisis/Prueba de Audición |
| <input type="checkbox"/> Resumen del Alta                | <input type="checkbox"/> Evaluaciones de Terapia del Habla   | <input type="checkbox"/> Resultados del Análisis/Prueba de la Vista |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                      | <input type="checkbox"/> Otro _____                          | <input type="checkbox"/> Otro _____                                 |

**Por favor, antes de firmar, primero lea y después coloque sus iniciales en todos los casilleros** para indicar que comprende sus derechos. Si tiene preguntas sobre sus derechos, por favor llame a Strong Start al (202) 727-3665.

	Entiendo que el hecho de firmar esta autorización no es una condición para recibir tratamiento médico o servicios de intervención temprana en el futuro.
	Entiendo que puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento notificando al Programa de Strong Start por escrito, y que cualquier información compartida antes de revocar esta autorización no estará afectada por una revocación.
	Entiendo que antes de que se provean servicios específicos para mi hijo, también tengo derecho a autorizar o rechazar esos servicios.
	Entiendo que los comentarios relacionados con esta referencia, incluyendo la información educativa y de desarrollo sobre mi hijo, pueden ser proporcionados a los profesionales a cargo de la referencia para facilitar una apropiada coordinación de los servicios.
	Entiendo que una vez divulgada, mi información puede ser compartida y puede que ya no continúe estando protegida en virtud de la Ley de Portabilidad y Asignación de Responsabilidades del Seguro Médico (HIPAA), pero que no será divulgada nuevamente por el programa de Intervención Temprana de DC de conformidad con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de las Familias (FERPA). Para más información, consulte 45 CFR (Código de Regulaciones Federales) 164.508 para HIPAA y 34 CFR Parte 99 para FERPA.
	Entiendo que este consentimiento se vencerá en un (1) año y que si decido continuar con Strong Start será necesario que complete otro formulario de consentimiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Padre/Tutor Legal)

### REGRESE LA REFERENCIA A:

Office of the State Superintendent of Education • Strong Start  
810 First Street, NE, 5th Floor, Washington, DC 20002

Main: 202.727.3665 • Fax: 202.724.7230 • Email: osse.dceip@dc.gov • [www.strongstartdc.com](http://www.strongstartdc.com)

# STRONG START

## INSTRUCCIONES

### PASO 1 – INGRESE LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO

FILA 1	INGRESE EL APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO
FILA 2	INGRESE EL SEXO, ETNIA, PROVEEDOR DE SEGURO Y NÚMERO DE SEGURO (ID. DE MIEMBRO) DEL NIÑO
FILA 3	INGRESE EL NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL TUTOR LEGAL
FILA 4	INGRESE LA DIRECCIÓN Y EL VECINDARIO DEL TUTOR LEGAL
FILA 5	MARQUE EL IDIOMA MATERNO DEL NIÑO, <i>SI ES OTRO, INDIQUE EL IDIOMA CORRESPONDIENTE</i>
FILAS 6-10	COMPLETE ESTAS FILAS SI LA AGENCIA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIA (CFSA) O LOS TRIBUNALES TIENEN INTERVENCIÓN EN EL CASO DEL NIÑO <i>Ad litem</i> = ABOGADO ASIGNADO POR LA CORTE

### PASO 2 – INGRESE LA INFORMACIÓN SOBRE LA REFERENCIA

FILA 1	ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUE EFECTÚA LA REFERENCIA, INCLUYENDO LA AGENCIA/DEPARTAMENTO
FILA 2	INGRESE SU NÚMERO DE TELÉFONO Y EXTENSIÓN, SI ES APLICABLE, Y EL NÚMERO DE FAX
FILA 3	¿ES USTED UN MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD? SI LO ES, MARQUE "SÍ" Y ESCRIBA SU ESPECIALIDAD SI NO LO ES, MARQUE "NO"
	¿SE LE HA EFECTUADO UN ANÁLISIS DE DESARROLLO AL NIÑO? SI SE EFECTUÓ, MARQUE "SÍ" Y ESCRIBA LAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS. ADJUNTE EL DOCUMENTO DEL ANÁLISIS SI NO SE EFECTUÓ, MARQUE "NO"
FILA 4	MARQUE Y COMPLETE LAS OPCIONES APLICABLES. FIRME CON SU NOMBRE Y FECHÉ ESTA REFERENCIA CON LA FECHA DE HOY.

### PÁGINA 2 – CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

#### \*\* ESTA PÁGINA DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE ANTES DE LA REFERENCIA \*\*

- El padre lo autorizará a usted como fuente de referencia a divulgar cualquiera de los documentos enumerados poniéndolos a disposición del programa de *Strong Start parte c. por favor, adjunte todos los documentos marcados.*
- El padre colocará sus iniciales en todas las casillas para indicar que comprende la declaración de los derechos mencionados.
- El padre/tutor legal firmará y fechará el formulario. el testigo (fuente de referencia) firmará y fechará el formulario.
- La fuente de referencia debe entregarle al padre una copia de la referencia.

#### REGRESE LA REFERENCIA A:

Office of the State Superintendent of Education • Strong Start  
810 First Street, NE, 5th Floor, Washington, DC 20002

Main: 202.727.3665 • Fax: 202.724.7230 • Email: osse.dceip@dc.gov • [www.strongstartdc.com](http://www.strongstartdc.com)