

Formulario de referencia

Teléfono: 1.844.NTX-KIDS (1.844.689.5437)

Correo electrónico: Referral@HelpMeGrowNorthTexas.org

Fax: 817-810-3980

Help Me Grow North Texas está colaborando con las familias para apoyar el desarrollo saludable de sus hijos mediante:

- Evaluación del desarrollo gratuito para todos los niños entre 0 y 6 años
- Ayuda contestando preguntas de embarazo, paternidad y desarrollo del menor
- Conexión con recursos y apoyos comunitarios

Información del proveedor	Nombre de la organización o clínica:		
	Persona de contacto:		
	Dirección:	Ciudad:	Código Postal:
	Teléfono:	Número de Fax:	Correo electrónico:
	Esta familia está recibiendo servicios de nuestro consultorio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Has completado un ASQ para este niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Resultados: ASQ-3 _____ ASQ-SE _____		
Datos familiares	Nombre (s) del padre/madre o tutor:		
	Dirección:	Ciudad:	Código postal:
	Teléfono:	Correo electrónico:	
	Identidad Étnica: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido/Declinar	Identidad Racial: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/AfroAmericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido Otro: _____	
	Mejor horario de contacto: <input type="checkbox"/> Entre las _____ & _____ <input type="checkbox"/> Después de las 5pm <input type="checkbox"/> Cualquier Hora Mejor forma de contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> correo electrónico <input type="checkbox"/> SMS Contácteme en: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
	<input type="checkbox"/> Estoy actualmente embarazada Fecha posible de parto: _____		
	Nombre del niño/a: _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
	Fecha de nacimiento: _____ Prematuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No si, # de semanas antes: _____		
	Preocupaciones: _____		
	<input type="checkbox"/> Pregúntenme acerca de mi(s) otro(s) hijo(s) cuando me contacten.		

Envíe por fax o por correo electrónico este formulario: 817-810-3980

Correo electrónico: Referral@HelpMeGrowNorthTexas.org

Promovemos la detección temprana de problemas de desarrollo, de conducta o educativos y conectamos a las familias con servicios y apoyos disponibles en la comunidad sin costo para los padres y cuidadores.

Para mayor información, llame al 1-844-689-5437 o ingrese a nuestra página web

www.HelpMeGrowNorthTexas.org

ID#: _____

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento recíproco a divulgar y compartir información

Yo, _____, soy el/la

Nombre del padre o madre / tutor legal
(marque uno): Padre/madre Padre/madre sustituto o suplente Tutor/a legal_____
Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento: _____, y

- Por la presente certifico que soy el padre/la madre con custodia o representante legal autorizado/a y tengo autoridad para proporcionar y dar mi consentimiento para la divulgación de esta información.
- Por la presente doy mi consentimiento y acepto participar en el programa de **Help Me Grow North Texas**. Entiendo que la información reunida forma parte del proceso de evaluación y será referido para recibir servicios del proveedor de servicios mencionado a continuación, basado en la información que yo proporcione.
- Yo entiendo y autorizo que cualquier información que haya proporcionado al programa **Help Me Grow North Texas** será compartida con el proveedor de servicios mencionado a continuación a través de una plataforma en línea llamada **FINDconnect**, un sistema de acceso centralizado diseñado para ayudar a las familias y a los profesionales a conectar a los niños con los correspondientes programas y servicios basados en la comunidad.
- Por la presente autorizo a **Help Me Grow North Texas** y al proveedor de servicios mencionado a continuación:

Nombre del proveedor de servicios (agencia, organización, o persona)

a **divulgar y compartir recíprocamente cualquier registro o información** (por escrito, en forma verbal o electrónica) pertinente para evaluar y satisfacer las necesidades de desarrollo, educativas, médicas, clínicas, de rehabilitación, sociales y /o terapéuticas de mi familia y mi hijo/a mencionado/a en este consentimiento.

- Después de que se haga una referencia, entiendo que el proveedor de los servicios mencionados anteriormente se comunicará conmigo directamente. **Help Me Grow North Texas** no recibe ningún beneficio económico ni ganancia como resultado de la referencia; las referencias no constituyen una aprobación.
- Yo entiendo que este consentimiento es voluntario y tiene validez por un período de hasta doce (12) meses a partir de la fecha de mi firma a continuación. Yo también entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento; sin embargo, la cancelación no se aplica a ninguna acción que se haya realizado antes de la fecha de cancelación de esta autorización.
- Yo entiendo que la información que me pueda identificar personalmente reunida como resultado de este consentimiento es confidencial, y se mantendrá en los registros que están sujetos a las disposiciones del Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) la Ley de Derechos de la Familia sobre la Educación y Privacidad y, como tal, está disponible para que yo la revise y puede ser reproducida o corregida si yo así lo solicito.

Firma del padre/madre/representante legal_____
Nombre en letra de molde_____
Fecha