



Instrucciones: Cualquiera puede referir a un niño de Georgia que califique para Babies Can't Wait, Children 1st, Servicios Médicos Infantiles (CMS), Detección y Tratamiento Auditivo Temprano (EHDI) o Consultas a Domicilio (HV). Complete este formulario usando el [Localizador de Servicios para Mujeres y Niños](#) para encontrar su contacto local de referencia de salud infantil y enviárselo directamente. *El programa de Consultas a Domicilio (Home Visiting) no está disponible en todos los condados.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA QUE HACE LA REFERENCIA

Puede saltarse esta sección si un padre o tutor está llenando el formulario.

Persona o práctica que hace la referencia:	No. de teléfono:	No. de fax:	Correo electrónico:
---	-------------------------	--------------------	----------------------------

¿Está uno de los padres o el tutor al tanto de esta referencia? ☐ No ☐ Sí

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño:	Apellido del niño:	Fecha de nacimiento del niño:	Sexo del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-------------------------	---------------------------	--------------------------------------	---

Nombre y apellido de la madre biológica:	Fecha de nacimiento de la madre biológica (si se conoce):
---	--

Raza del niño (seleccione todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	Etnia del niño: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano, ni latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro: _____	Seguro del niño (si se conoce): <input type="checkbox"/> Medicaid / PeachCare for Kids <input type="checkbox"/> Comercial / Privado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Ninguno Número de la póliza de seguro (si se conoce): _____
---	---	--

Nombre y número de teléfono del médico primario del niño (si se conoce):

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE UN PADRE O TUTOR:


Nombre y apellido del tutor:	Relación con el niño:	Número de teléfono:	Número de teléfono alternativo:
-------------------------------------	------------------------------	----------------------------	--

Correo electrónico:	Dirección física:	Ciudad:
----------------------------	--------------------------	----------------

Estado:	Código postal:	Condado (si se conoce):	Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
----------------	-----------------------	--------------------------------	---	---

Nombre y número de teléfono del trabajador social de DFCS (si corresponde):

MOTIVO(S) PARA LA REFERENCIA (SELECCIONE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

<input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado. Al niño se le ha diagnosticado una condición que afecta su desarrollo y/o que es una condición médica crónica. Diagnóstico y Código ICD-10 (<i>adjunte un informe</i>):  Consulte la Base de Datos de Condiciones de Salud Infantil para ver los códigos elegibles.	<input type="checkbox"/> Sospecha o diagnóstico de retraso en el desarrollo. El niño puede tener retraso en su proceso de desarrollo. Se requiere hacer una evaluación o examen de detección. <i>Seleccione todos los problemas que apliquen:</i> <input type="checkbox"/> Motor y físico <input type="checkbox"/> Social y emocional <input type="checkbox"/> Habla y comunicación <input type="checkbox"/> Conductual y adaptativo <input type="checkbox"/> Audición ¿Se ha sometido al niño a una evaluación reciente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (adjunte los resultados)	<input type="checkbox"/> En riesgo de un retraso en el desarrollo. El niño tiene factores de riesgo médicos, sociales o ambientales y puede beneficiarse de una evaluación. <i>Seleccione todos los problemas que apliquen:</i> <input type="checkbox"/> Parto prematuro o peso bajo al nacer <input type="checkbox"/> Exposición prenatal a sustancias <input type="checkbox"/> Inquietudes sobre la seguridad del niño (por ejemplo, abuso, descuido, violencia familiar) <input type="checkbox"/> Ambiente familiar inseguro <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---	---

Comentarios: