



# Formulario de referencia para la salud del niño

**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.



Service Locator

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA QUE HACE LA REFERENCIA

Puede saltarse esta sección si un parente 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"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	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:		
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"/> <b>Diagnóstico confirmado.</b> 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 (adjunte un informe):   Consulte la <a href="#">Base de Datos de Condiciones de Salud Infantil</a> para ver los códigos elegibles.	<input type="checkbox"/> <b>Sospecha o diagnóstico de retraso en el desarrollo.</b> El niño puede tener retraso en su proceso de desarrollo. Se requiere hacer una evaluación o examen de detección.  Seleccione todos los problemas que apliquen: <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"/> <b>En riesgo de un retraso en el desarrollo.</b> El niño tiene factores de riesgo médicos, sociales o ambientales y puede beneficiarse de una evaluación.  Seleccione todos los problemas que apliquen: <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: