

Programas Montana Milestones Part C Intervención Temprana de IDEA
Formulario de Remisión para proveedores de Programas Regionales*
Desde el nacimiento hasta los 3 años de edad

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL NIÑO/PADRE

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Nombre del Padre/Tutor: _____ Relación con el/la Niño/a: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Condado: _____ Teléfono Principal: _____ Teléfono Secundario: _____
Correo Electrónico: _____
Acepta Texto: ☐ Si ☐ No Mejor Momento para Contactar: _____
Idioma Principal: _____ Necesita Intérprete: ☐ Si ☐ No

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Consentimiento para divulgar información médica y educativa

Yo, _____ (escriba en letra de molde el nombre del Padre o Tutor), doy permiso para que el proveedor de salud de mi hijo(a) _____ (escriba en letra de molde el nombre del proveedor), comparta cualquier y toda la información pertinente con respecto a mi hijo(a), _____ (escriba en letra de molde el nombre del niño), con Montana Milestones Parte C de los servicios del Programa de Intervención Temprana IDEA. También doy permiso para que Montana Milestones comparta información sobre el desarrollo y la educación de mi hijo con el proveedor de salud infantil que lo remitió para asegurarse de que estén informados de los resultados de la evaluación.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ____/____/____
Su consentimiento será efectivo durante un periodo de un año a partir de la fecha de su firma en esta liberación.

Persona que Remite: _____ Teléfono de la Persona que Remite: _____
Correo Electrónico de la Persona que Remite: _____
Consultorio o Agencia Remitente: _____ Teléfono de Persona de Contacto: _____
Correo Electrónico de la Persona de Contacto: _____
Fax de Consultorio o Agencia: _____

RAZÓN POR LA QUE SE REMITE A MT Milestones Part C de los SERVICIOS de Intervención Temprana de IDEA

Proveedor: Complete todo lo que corresponda. Por favor, adjunte la herramienta de evaluación completa.

En cuanto a la evaluación: ☐ ASQ ☐ ASQ:SE ☐ PEDS ☐ M-CHAT ☐ Otros
Preocupación por posibles retrasos en las siguientes áreas (marque todas las áreas de preocupación y proporcione puntuaciones, si procede):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comunicación | <input type="checkbox"/> Motricidad Fina | <input type="checkbox"/> Social Personal |
| <input type="checkbox"/> Motricidad Gruesa | <input type="checkbox"/> Resolución de Problemas | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones clínicas (incluidas la visión y la audición), pero no examinadas: | | |

Programas Montana Milestones Part C Intervención Temprana de IDEA
Formulario de Remisión para proveedores de Programas Regionales*
Desde el nacimiento hasta los 3 años de edad

☐ La familia conoce el motivo de la remisión.

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

*Si el niño tiene una condición identificada o un diagnóstico que se sabe que tiene una alta probabilidad de resultar en retrasos significativos en el desarrollo, **por favor complete la Declaración del Médico o Psicólogo para Elegibilidad de Intervención Temprana adjunta (en el reverso) además de este formulario de referencia.** Sólo un médico o psicólogo autorizado por el Estado de Montana puede firmar la Declaración.*

INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR Y SOLICITUD DE RESULTADOS

Nombre del Proveedor que Remite: _____ Persona de Contacto de Remisión: _____

Teléfono de la Oficina: _____ Fax de la Oficina: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Proveedor de Atención Primaria: _____

Si el niño cumple los requisitos, el proveedor médico recibirá una copia del Resumen de Servicios.

**MT Milestones Part C de IDEA Intervención Temprana RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN
AL PROVEEDOR REMITENTE**

Servicios de Intervención Temprana de MT Milestones Parte C de IDEA: por favor, complete esta parte, adjunte la información solicitada y devuélvala a la fuente de remisión arriba indicada.

☐ Familia Contactada el ____/____/____

El niño fue evaluado y se descubrió que era:

☐ Elegibles para los servicios ☐ No apto para recibir servicios en este momento, remitido a:

☐ Los Padres Rechazó la Evaluación ☐ Los Padres No Tiene Preocupaciones

☐ Imposible contactar con los Padres ☐ Intentos: _____

☐ La agencia cerrará la remisión el ____/____/____

**Programas Montana Milestones Part C Intervención Temprana de IDEA
Formulario de Remisión para proveedores de Programas Regionales***

Desde el nacimiento hasta los 3 años de edad

**DECLARACIÓN DE CONDICIONES ESTABLECIDAS PARA MONTANA MILESTONES PART C DE LA LEY
DE EDUCACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES (IDEA)
ELEGIBILIDAD PARA LA INTERVENCIÓN TEMPRANA
(DEL NACIMIENTO A LOS 3 AÑOS)**

Fecha: ____/____/____ Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

El Estado de Montana, a través del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana, proporciona servicios de Intervención Temprana (Early Intervention, EI) de la Parte C de la ley IDEA a bebés y niños pequeños desde el nacimiento hasta los tres años con retrasos significativos en el desarrollo. El DPHHS de MT reconoce que las discapacidades pueden no ser evidentes en todos los niños pequeños, pero sin intervención, existe una gran probabilidad de que un niño con discapacidades no reconocidas sufra un retraso en su desarrollo.

MT DPHHS está solicitando su ayuda para determinar la elegibilidad para Montana Milestones Part C de los servicios de IDEA EI para el niño nombrado arriba. Según la ley de Montana, un médico o psicólogo autorizado por la Junta Estatal correspondiente puede examinar a un niño y determinar si padece una condición física o mental que tenga una alta probabilidad de provocar un retraso en su desarrollo.

Tenga en cuenta que, aunque muchos niños pueden beneficiarse de los servicios de EI de Montana, sólo son elegibles aquellos en los que los retrasos significativos del desarrollo son evidentes o muy probables.

Gracias por su tiempo y su ayuda en este asunto.

Enfermedad diagnosticada (a completar por el médico o psicólogo que haya realizado el diagnóstico):

Médico/Psicólogo

_____/_____/_____
Fecha

Nombre en Letra de Imprenta: _____ Teléfono: _____

Programas Montana Milestones Part C Intervención Temprana de IDEA
Formulario de Remisión para proveedores de Programas Regionales*
Desde el nacimiento hasta los 3 años de edad

Programa de Montana Milestones Part C Intervención Temprana CONTACTOS

Agencia	Área de Servicio
DEAP 2200 Box Elder Miles City, MT 59301 (406) 234 6034 FAX (406) 234 7018	Condados servidos: Carter, Custer, Daniels, Dawson, Fallon, Garfield, McCone, Phillips, Powder River, Prairie, Richland, Roosevelt, Rosebud, Sheridan, Treasure, Valley, Wibaux
Benchmark Human Services 1601 2 nd Ave N Ste 349 Great Falls, MT 59401 (406) 403 0087 Llamada Gratuita: 866 235 4700 FAX (406) 403 0088	Condados servidos: Blaine, Cascade, Chouteau, Flathead, Glacier, Granite, Hill, Lake, Liberty, Lincoln, Mineral, Missoula, Pondera, Ravalli, Sanders, Teton
Distrito Escolar #2 de Billings Intervención en la Primera Infancia 2016 Grand Avenue Billings, MT 59102 (406) 281 5885 FAX (406) 245 1149	Condados servidos: Big Horn, Carbon, Fergus, Golden Valley, Judith Basin, Musselshell, Petroleum, Stillwater, Sweet Grass, Wheatland, Yellowstone
Family Outreach 1212 Helena Avenue Helena, MT 59601 (406) 443 7370 FAX (406) 449 6062	Condados servidos: Beaverhead, Broadwater, Deer Lodge, Gallatin, Jefferson, Lewis and Clark, Madison, Meagher, Park, Powell, Silver Bow

La información de contacto del Programa de Montana Milestones Part C Intervención Temprana de IDEA también está disponible en esta página web del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana: <https://dphhs.mt.gov/dsd/developmentaldisabilities/montanamilestones>

o llame al 1-406-444-5647

Programas Montana Milestones Part C Intervención Temprana de IDEA Formulario de Remisión para proveedores de Programas Regionales*

Desde el nacimiento hasta los 3 años de edad

Consentimiento para el uso o divulgación de información de salud entre los proveedores de atención médica y Montana Milestones Part C de Programas de Idea Intervención Temprana

Información para los Padres

Este consentimiento para la divulgación de información autoriza la divulgación y/o el uso de la información médica de su hijo por parte del proveedor de atención médica de su hijo a los programas de Montana Milestones Part C Intervención Temprana. ***Este formulario de consentimiento también autoriza la divulgación de información sobre el desarrollo y la educación de los programas de Montana Milestones Part C Intervención Temprana al proveedor de atención médica de su hijo(a).***

¿Por qué es importante este formulario de consentimiento?

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

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

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

¿Cómo se utilizará este consentimiento?

Este formulario de consentimiento seguirá a su hijo(a) mientras es examinado(a) y/o evaluado(a) en uno de los programas regionales de Montana Milestones Part C Intervención Temprana. La información generada por esta cesión pasará a formar parte del historial médico y educativo de su hijo. La información se compartirá únicamente con las personas que trabajan en o con Montana Milestones Part C Intervención Temprana o 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.

¿Durante cuánto tiempo es válido el consentimiento?

Este consentimiento es efectivo durante un periodo de un año a partir de la fecha de su firma en el comunicado.

¿Cuáles son mis derechos?

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a este consentimiento:

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