



CENTRO REGIONAL DEL ESTE DE LOS ÁNGELES

1000 S. Fremont Ave. • P.O. Box 7916 • Alhambra, CA 91802-7916 • ES Intake (626) 299-4777 or 299-4691

SOLICITUD DE INTERVENCION TEMPRANA

PÁGINA DE INSTRUCCIONES DE LA SOLICITUD DE INTERVENCION TEMPRANA

(Niños menores de 3 años de edad)

El Programa de Intervención Temprana es suministrado de acuerdo a la Parte C de IDEA. El Programa de Intervención Temprana de California se enfoca en la salud, desarrollo y bienestar de los niños, desde recién nacidos hasta los 35 meses, con retraso en el desarrollo, factores de alto riesgo o que tengan una condición de riesgo establecida que resulte en una incapacidad de desarrollo.

Criterios de elegibilidad Esta solicitud ayudará al Centro Regional del Este de Los Ángeles (Eastern Los Angeles Regional Center, ELARC) para determinar la elegibilidad para el Programa de Intervención Temprana. Los criterios de elegibilidad son los siguientes:

- **Condición de riesgo establecida:** Existe una condición de riesgo establecida cuando un infante o niño tiene una condición de etiología conocida que tiene una alta probabilidad de resultar en un retraso de desarrollo.
- **Retraso de desarrollo:** El niño tiene un tercio de retraso en una o más áreas de desarrollo. (Consulte la página del Programa de Intervención Temprana para obtener más detalles).
- **Alto riesgo:** Un infante o niño con una combinación de dos o más factores que requieren servicios de Intervención Temprana basados en el examen y la evaluación: (Consulte la página del Programa de Intervención Temprana para obtener más detalles).
 - También existe un alto riesgo de discapacidad de desarrollo cuando un equipo multidisciplinario determina que el representante de un infante o niño es una persona con un discapacidad de desarrollo y el infante o niño requiere servicios de Intervención Temprana basado en el examen y la evaluación.

Proceso de elegibilidad Para completar el proceso de elegibilidad, el ELARC completará un examen para evaluar los niveles de desarrollo de su hijo y completará una revisión de la historia/los expedientes médicos de su hijo. El Proceso de elegibilidad de Intervención Temprana puede durar hasta 45 días.

Instrucciones de solicitud:

1. Imprima el **Paquete de solicitud de Intervención Temprana**
2. Por favor, asegúrese de que el nombre de su hijo se encuentre en cada página de la solicitud, incluyendo los formularios de consentimiento.
3. **Solicitud de Intervención Temprana** (Páginas 2-4): Complete de la forma más meticulosa posible.
4. **Consentimiento de intercambio y evaluación** (Página 5): Introduzca la información del niño, inicial, firma y fecha tal como se señala. El proceso de evaluación no puede comenzar antes de recibir la recepción de su consentimiento por escrito.
5. **Consentimiento de intercambio de información** (Página 6): Introduzca la información, firma y fecha tal como se señala.
6. **Declaración de privacidad del cliente** (Página 7): Introduzca la información del niño, firma y fecha tal como se señala.
7. **Formularios de envío de expediente médico** (Páginas 8-9): Introduzca la información del médico, incluyendo la información de contacto, la información del niño, inicial, firma y fecha tal como se señala. Los expedientes médicos son muy importantes en el proceso de entrada para ayudar a establecer la elegibilidad y la planificación del servicio.
8. **Avisos** (Páginas 10-15): Por favor, lea y reserve el resto del Paquete de solicitud de Intervención Temprana **para sus expedientes**, incluyendo los avisos acerca del Programa de Intervención Temprana y la privacidad de la información de salud de su hijo. Estos no deben ser entregados con la solicitud.

Complete y regrese las páginas 2-9 a ELARC usando alguno de los siguientes métodos:

Fax: (626) 299-4798; **Correo:** PO Box 7916, A la atención de: Intervención Temprana, Alhambra, Ca 91802-7916; **Correo electrónico:** earlystartreferrals@elarc.org

Página 1a



Entregue la solicitud de Intervención Temprana completa:

1. Todos los campos de informacion se hayan completado.
2. Halla firmado digitalmente esta aplicacion (asegurese que firma los campos de la firma digital)
3. En la ultima pagina (pagina 14) clique el boton enviar para mandar por correo esta aplicacion a earlystartreferrals@elarc.org

**CENTRO REGIONAL DEL ESTE DE LOS ÁNGELES**

1000 S. Fremont Ave. · P.O. Box 7916 · Alhambra, CA 91802-7916 · ES Intake (626) 299-4777 or 299-4691

SOLICITUD DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

INFORMACIÓN DEL NIÑO: Por favor suministre la información completa del niño referido.					
Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento		Hospital/ciudad de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección		Ciudad		Código postal	
Origen étnico			Número de Seguridad Social		
Idioma predilecto de comunicación ELARC:			Otros idiomas que habla:		
Nombre(s) previamente utilizados del niño:					
¿Algún familiar ha solicitado en el pasado servicios del centro regional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fecha: _____ Nombre del miembro de la familia que solicitó los servicios _____					
¿Con quién vive el niño? <input type="checkbox"/> Ambos representantes <input type="checkbox"/> Solo madre <input type="checkbox"/> Solo padre <input type="checkbox"/> Custodia conjunta <input type="checkbox"/> Padre sustituto (Si el padre sustituto completa este formulario, por favor contacte a la secretaria de admisiones al (626) 299-4691 o 299-4777 antes de proceder. Nombre del padre sustituto: _____ Número de teléfono alternativo _____ Número de teléfono principal _____ Número de teléfono alternativo _____ Si aplica, nombre/número de teléfono del trabajador social clínico: _____/(_____) _____ <input type="checkbox"/> Otro: Nombre _____ Relación _____					
INFORMACIÓN DE LA MADRE:			INFORMACIÓN DEL PADRE:		
Nombre			Nombre		
Apellido de soltera					
Dirección (en caso de ser diferente a la del niño)			Dirección (en caso de ser diferente a la del niño)		
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento	
Idioma principal		Origen étnico		Idioma principal	
Método predilecto de contacto <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> correo electrónico @ _____		Método predilecto de contacto <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> correo electrónico @ _____			
Número de teléfono diurno (____) _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular		Número de teléfono diurno (____) _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular			
Mejor día o hora para comunicarse con usted antes de las cinco:		Mejor día o hora para comunicarse con usted antes de las cinco:			
Número de teléfono alternativo (____) _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular		Número de teléfono alternativo (____) _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular			
<input type="checkbox"/> Reside con el solicitante número de hijos _____		<input type="checkbox"/> Reside con el solicitante número de hijos _____			
<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Fallecido/a <input type="checkbox"/> Legalmente responsable del niño		<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Fallecido/a <input type="checkbox"/> Legalmente responsable del niño			

**CENTRO REGIONAL DEL ESTE DE LOS ÁNGELES**

1000 S. Fremont Ave. · P.O. Box 7916 · Alhambra, CA 91802-7916 · ES Intake (626) 299-4777 or 299-4691

SOLICITUD DE INTERVENCION TEMPRANA**REFERENCIA** - ¿Quién le aconsejó solicitar los servicios del centro regional? **Autónomo/Familia** **Médico/Hospital (indicar a continuación)** **Otro (indicar a continuación)**

Nombre de agencia/Persona de contacto	Número de teléfono	Fax/Correo electrónico
--	---------------------------	-------------------------------

MÉDICO/INFORMACIÓN DE CONTACTO MÉDICO

Por favor, suministre el nombre y la información de contacto de los proveedores médicos de su hijo y firme los consentimientos correspondientes para que el ELARC pueda obtener los expedientes de salud actuales de su hijo.

Nombre del pediatra/médico actual
--

Dirección	Ciudad	Código postal
------------------	---------------	----------------------

Número de teléfono	Número de fax	Correo electrónico
---------------------------	----------------------	---------------------------

Nombre del <u>especialista médico</u>
--

Dirección	Ciudad	Código postal
------------------	---------------	----------------------

Número de teléfono	Número de fax	Correo electrónico
---------------------------	----------------------	---------------------------

SEGURO MÉDICO: Por favor entregue una copia de la tarjeta de seguro médico del solicitante con su solicitud. Esto se realiza de conformidad con la ley de California.

Nombre de la compañía de seguro <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Privado CCS#	Nombre del titular de la póliza
---	--

Número de la póliza de seguro médico	Número de teléfono de la compañía de seguro médico
---	---

HISTORIA MÉDICA:
Por favor suministre la historia médica del niño referido.

HISTORIA DE NACIMIENTO:
Hospital/Ciudad de nacimiento _____ Período completo
Fecha pronosticada del parto: _____ Pretérmino/bajo peso de nacimiento
Peso de nacimiento ____ lbs ____ oz/ grms (especifique: _____)
Fecha de alta: _____ Insuficiencia respiratoria/ventilación mecánica
Por favor describa cualquier complicación de nacimiento: Exposición prenatal a drogas/alcohol

HISTORIA MÉDICA
Describa cualquier preocupación médica, visual, auditiva: Convulsiones Síndrome de Down

_____ Otros diagnósticos/condiciones médicas (especifique)

Medicamentos (lista) _____



CENTRO REGIONAL DEL ESTE DE LOS ÁNGELES

1000 S. Fremont Ave. · P.O. Box 7916 · Alhambra, CA 91802-7916 · ES Intake (626) 299-4777 or 299-4691

SOLICITUD DE INTERVENCION TEMPRANA

INFORMACIÓN DE DESARROLLO:

Por favor proporcionar la información de desarrollo del niño referido.

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

- ¿Cuántas palabras dice el niño? _____
- ¿El niño usa frases? Sí No
- ¿El niño repite palabras? Sí No
- ¿El niño ha parado de decir algunas palabras? Sí No
- ¿El niño sigue instrucciones simples? Sí No
- ¿El niño responde a su nombre? Sí No
- ¿El niño señala objetos/hace gestos para lo que quiere? Sí No
- ¿La audición de su hijo ha sido examinada formalmente?
 NO SÍ Si es afirmativa, fecha/lugar/resultados

- Describe cualquier preocupación con respecto al desarrollo del lenguaje del niño

HABILIDADES FÍSICAS/MOTORAS

A qué edad (en meses) el niño comenzó a hacer lo siguiente:

- | | |
|------------------------------------|---|
| Apoyar la cabeza _____ meses | Caminar sosteniéndose de los muebles _____ meses |
| Voltearse _____ meses | Caminar con las manos sostenidas _____ meses |
| Sentarse sin apoyo _____ meses | Caminar sin ayuda _____ meses |
| Empujarse para pararse _____ meses | ¿Usa bien los dedos para la edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Describe cualquier preocupación con respecto al desarrollo físico/motor, incluyendo las inquietudes de alimentación.

AUTOSUFICIENCIA/ALIMENTACIÓN

Seleccione todo lo que aplique:

- | | |
|--|---|
| Bebe de: <input type="checkbox"/> biberón/pecho <input type="checkbox"/> taza de entrenamiento | <input type="checkbox"/> Dificultades con sólidos (describa a continuación) |
| <input type="checkbox"/> taza abierta <input type="checkbox"/> popote | <input type="checkbox"/> Tose/le produce nauseas el comer comidas solidas (describa a continuación) |
| <input type="checkbox"/> Tose/le dan ganas de vomitar cuando toma (describir a continuación) | Describe cualquier preocupación con respecto al desarrollo de autosuficiencia del niño. _____ |
| <input type="checkbox"/> Se alimenta solo <input type="checkbox"/> Se alimenta con los dedos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Usa cuchara <input type="checkbox"/> Usa tenedor | |

HABILIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES

¿El niño hace lo siguiente? (Seleccione todo lo que aplique)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Observa a los padres/otros | <input type="checkbox"/> Señala una o más partes del cuerpo cuando se le pregunta |
| <input type="checkbox"/> Juega con otros niños | <input type="checkbox"/> Nombra imágenes |
| <input type="checkbox"/> Juega con juguetes como se espera | <input type="checkbox"/> Sonríe a los miembros familiares |
| | <input type="checkbox"/> Imita a los padres (por ejemplo en los quehaceres domésticos, gestos) |

Describe cualquier preocupación con respecto al desarrollo/comportamiento del niño:

Describe las preocupaciones con respecto al desarrollo de juego del niño.

CENTRO REGIONAL DEL ESTE DE LOS ANGELES

1000 S. Fremont Ave.
Alhambra, CA 91802-7916

Consentimiento Para Evaluación y Asesoramiento

Su consentimiento escrito es necesario antes de que el Centro Regional del Este de Los Angeles pueda empezar a aprender lo que usted y su niño/a necesitan y quieren de los servicios incluidos en el Programa de Intervención Temprana. A este tiempo usted también empezara a descubrir cuales servicios son disponibles y qué personas/agencias las proveen.

Aprendiendo uno del otro usualmente toma un poco de tiempo y puede incluir; hablar con usted de el desarrollo de su niño/a, una observación de su niño/a en el hogar u otros ambientes y un repaso de los archivos médicos y de otra clase. Esta información le ayudará a determinar las necesidades de su niño/a, su elegibilidad y/o un programa.

- Su consentimiento para ser involucrado/a en una evaluación es totalmente voluntario y puede ser retirado en cualquier momento. De cualquier modo, la evaluación es de la manera en que se deciden los servicios para elegibilidad y sin una evaluación, puede ser que los servicios no sean proveídos.
- La evaluación será completada en el lenguaje principal de su niño/a y familia.
- La evaluación ocurrirá dentro de un tiempo límite.
- La evaluación dará información del desarrollo de su niño/a en las areas; de aprendizaje, condición física, ayuda-propia, lenguaje/habla, y comportamiento social, usando una variedad de pruebas y reportes.
- La evaluación le ayudará a identificar las preocupaciones para con su niño/a y familia.
- Usted puede pedir una copia de los resultados de la evaluación.
- La información sobre su niño/a y familia es estrictamente confidencial y solamente será divulgada a esas agencias y/o personas a las que usted escoja por escrito.
- Ningún servicio será iniciado, cambiado, o terminado sin su consentimiento escrito.
- Usted tiene el derecho de ver y corregir archivos.
- Usted tiene el derecho de recibir mas información sobre sus derechos.

POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN LA DECLARACION CON LA QUE ESTA DE ACUERDO:

_____ Yo estoy de acuerdo con los servicios de evaluación del Centro Regional del Este de Los Ángeles para ayudar a determinar si mi niño/a es elegible o continua siendo elegible para los servicios de Intervención Temprana. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo rehusar servicios de evaluación en cualquier momento.

_____ Estoy de acuerdo con que el Centro Regional del Este Los Angeles lleve a cabo asesoramientos con el proposito de crear un plan de servicios para mi hijo/a, si se determina que este es elegible para el programa de Intervencion Temprana. Estoy de acuerdo que este consentimiento es voluntario y que puedo rehusarme a recibir servicios de asesoramiento en cualquier momento.

Nombre del Niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Padre/Guardian Legal

Fecha

Padre/Guardian Legal

Fecha

Copia al padre _____ Fecha _____

CENTRO REGIONAL DEL ESTE DE LOS ANGELES

1000 S. Fremont Ave. • P.O. Box 7916 • Alhambra, CA 91802-7916

CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACION

Con su consentimiento escrito, agencias de la comunidad y las personas que éstas representan pueden compartir información. Este intercambio de información le ayuda a mantener comunicación clara sobre sus necesidades.

Usted necesita saber que:

- Usted escoge cuales agencias intercambiaran información
• Usted puede negarse a firmar este documento de intercambio.
• Información sobre su niño/a y familia es estrictamente confidencial y será divulgada a esas agencias y/o personas a quien usted escoja por escrito.
• Información para intercambio incluye información; médica y de salud, del desarrollo, del habla y lenguaje, educacional, oído/visión y/o psicológica.
• Usted tiene el derecho de ver los archivos.
• Usted tiene el derecho de recibir más información sobre sus derechos.
• Este consentimiento para el intercambio de información sirve por un año a menos que usted retire su consentimiento antes de ese tiempo.
• Una copia de este documento será considerada como aprobación para divulgar información.

POR FAVOR MARQUE A UN LADO DE LAS AGENCIAS QUE PUEDEN INTERCAMBIAR INFORMACION CON EL CENTRO REGIONAL DEL ESTE DE LOS ANGELES:

- [] SERVICIO DE NIÑOS DE CALIFORNIA
MTU: _____
[] CENTRO REGIONAL:

[] HEADSTART:

[] AGENCIA LOCAL DE EDUCACION/DISTRITO ESCOLAR

[] SSI: _____

- [] AGENCIAS DE CUIDADO DE SALUD/ PROVEEDORES DE SERVICIO
1. _____
2. _____
[] PROGRAMAS DE INTERVENCION TEMPRANA

[] DOCTOR/OTROS PROVEEDORES
1. _____
2. _____
[] Otro _____

Estoy de acuerdo en intercambiar información con las agencias indicadas arriba y las personas que las representan. Entiendo que yo puedo limitar cuáles agencias/hospitales recibirán información. Por favor especifique cuales agencias/proveedores o reportes no pueden ser intercambiados.

Nombre del/a Niño/a _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Padre/Guardián Legal) _____ Fecha _____

(Padre/Guardián Legal) _____ Fecha _____

Copia a los Padres [] Si [] No Fecha: _____

CLIENT DEVELOPMENT EVALUATION REPORT

Client Name _____

Address/City _____

Case Number _____

Phone No. _____

Program _____

Case Manager _____

Parent/Guardian _____

Address/City _____

CLIENT PRIVACY STATEMENT

Agency Requesting Information: California Department of Developmental Services.

Official Responsible for Maintaining Information: Deputy Director, Planning and Evaluation Division, Department of Developmental Services, 744 P Street, Sacramento, California 95814 (916) 445-2090.

Authority to Maintain Information: Welfare and Institutions Code, Section 4646 requires regional centers to assess each client's capabilities and problems at least once a year. Section 4751 requires the Department of Developmental Services to gather and report information about the effectiveness of programs and services under its jurisdiction. This information is to be based on measures of changes in the capabilities of individual clients who receive the services. Section 4681 requires the Department to set residential care rates based on client level of functioning. Public Law 94.103, Section 110 requires California to operate an evaluation system that will produce objective measures of the progress of developmentally disabled clients.

Uses of the Information. This information will be used by your case management agency to help plan the services you will receive. It will also be used by the Department of Developmental Services to help meet its reporting requirements, and to manage the programs it is responsible for. The Department will use this information for monitoring how many clients it serves and what their needs are for studying the effectiveness of services it provides, for setting reimbursement rates for out-of-home care facilities, and for related management purposes.

Providing Information: Provision of information requested on this form is voluntary.

Consequences of Not Providing Information: Failure to provide this information may make it difficult for the Department of Developmental Services and your service agency to plan the services you and other clients need. For example, if you live in an out-of-home facility, the Department will have difficulty determining the appropriate rate of reimbursement for your basic care and program needs in that facility.

Transfer of Information: Your case management agency will send a copy of this information to the Department of Developmental Services. Your name will not be used on any information the Department receives; a confidential code will be used instead. Any further transfer of this information will be for analysis and management information purposes only, and will be in accordance with State of California confidentiality and privacy requirements.

Access: You have the right to review this information and correct any errors. Your case management agency will make this information available to you at your request. You may also contact the Deputy Director of the Policy, Planning and Program Analysis Division for more information about where this information is stored, and what it is used for.

I HAVE REVIEWED AND UNDERSTAND THE CLIENT PRIVACY STATEMENT PRINTED ABOVE

I CONSENT TO HAVING INFORMATION ABOUT ME COLLECTED WITH THE CLIENT DEVELOPMENT EVALUATION REPORT (CDER) AND USED FOR PURPOSES DESCRIBED IN THE CLIENT PRIVACY STATEMENT.

(Signature of Client or Legally Authorized Representative)

(Date)

I DO NOT WISH TO HAVE INFORMATION COLLECTED ABOUT ME WITH THE CLIENT DEVELOPMENTAL EVALUATION REPORT (CDER) AND USED FOR PURPOSES DESCRIBED IN THE CLIENT PRIVACY STATEMENT.

(Signature of Client or Legally Authorized Representative)

(Date)

DETACH THIS PAGE AND RETAIN WITH CLIENT'S RECORDS - DO NOT FORWARD



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O LA DIVULGACIÓN DE
 INFORMACIÓN CONFIDENCIAL MÉDICA O RELACIONADA CON LA SALUD**

Para: Nombre del hospital donde nació el niño/a: _____ **A la atención de:** EXPEDIENTES MÉDICOS/ESCUELA
 EXPEDIENTES/EXPEDIENTES DEL CONSUMIDOR

Por medio de este documento autorizo a los médicos, hospitales, clínicas, instalaciones de salud mental y/o designados empleados, entidades escolares/educativas mencionadas anteriormente a divulgar la información médica o de salud como se indica a continuación, Por favor divulgue los expedientes médicos y la información relacionada con respecto a:

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **SS#:** _____

Divulgue la información médica a: CENTRO REGIONAL DEL ESTE DE LOS ÁNGELES (ELARC)
 A la atención de: Intervención Temprana

Por medio de este documento autorizo al Centro Regional del Este de Los Ángeles a divulgar los expedientes médicos y la información que se indica a continuación a: Nombre del hospital donde nació el niño/a: _____

DURACIÓN

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta _____ (introduzca fecha) o por un año desde la fecha de firma si no hay fecha introducida.

ANULACIÓN

Esta autorización puede ser anulada por el firmante en cualquier momento. La anulación debe ser escrita, firmada por el firmante y entregada al ELARC a la dirección mencionada anteriormente, pero no estará vigente en la extensión en que el solicitante u otros hayan actuado de conformidad con esta autorización.

REDIVULGACIÓN

Entiendo que el solicitante no puede legalmente utilizar o divulgar la información de salud a menos que obtenga mi autorización o a menos que la divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Solicito que la información de salud divulgada mediante esta autorización sea utilizada solo para los siguientes propósitos: Estos expedientes serán utilizados por el ELARC para evaluar y tomar decisiones acerca de la elegibilidad y los servicios apropiados para este individuo.

NOTA: Su información de salud protegida solo puede ser divulgada si este formulario de autorización está completamente lleno, fechado y firmado. Consulte las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 45 C.F.R. § 164.508(b)(2)(ii), 164.501; Cal. Código Civil § 56.11, 56.05(f)

Una copia de esta autorización es válida como un original. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización para mis expedientes.

Firma del cliente (si es mayor de 18 años de edad) _____ **Fecha:** _____

Representante/tutor legal _____ **Fecha:** _____

Testigo _____ **Fecha:** _____

ESPECIFIQUE EXPEDIENTES

Seleccione el cuadro e inicialice del tipo de información que va a ser divulgada:

- Información médica: Los últimos 12 meses de visitas a la oficina, exámenes físicos, evaluaciones de desarrollo, admisión y resúmenes de alta hospitalarios. _____ (inicial) _____ (fecha)
- Expedientes de nacimiento _____ (inicial) _____ (fecha)
- Información psiquiátrica/psicológica: evaluaciones, resúmenes de alta y Impresiones de diagnóstico escritas, incluyendo las hojas de calificación. _____ (inicial) _____ (fecha)
- Información psicoeducativa _____ (inicial) _____ (fecha)
- Otro (especifique) _____ (inicial) _____ (fecha)



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O LA DIVULGACIÓN DE
 INFORMACIÓN CONFIDENCIAL MÉDICA O RELACIONADA CON LA SALUD**

Para: Nombre del hospital donde nació el niño/a: _____ **A la atención de:** EXPEDIENTES MÉDICOS/ESCUELA
 _____ EXPEDIENTES/EXPEDIENTES DEL CONSUMIDOR

Por medio de este documento autorizo a los médicos, hospitales, clínicas, instalaciones de salud mental y/o designados empleados, entidades escolares/educativas mencionadas anteriormente a divulgar la información médica o de salud como se indica a continuación, Por favor divulgue los expedientes médicos y la información relacionada con respecto a:

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **SS#** _____

Divulgue la información médica a: CENTRO REGIONAL DEL ESTE DE LOS ÁNGELES (ELARC)
 A la atención de: Intervención Temprana

Por medio de este documento autorizo al Centro Regional del Este de Los Ángeles a divulgar los expedientes médicos y la información que se indica a continuación a: Nombre del hospital donde nació el niño/a: _____

DURACIÓN

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta _____ (introduzca fecha) o por un año desde la fecha de firma si no hay fecha introducida.

ANULACIÓN

Esta autorización puede ser anulada por el firmante en cualquier momento. La anulación debe ser escrita, firmada por el firmante y entregada al ELARC a la dirección mencionada anteriormente, pero no estará vigente en la extensión en que el solicitante u otros hayan actuado de conformidad con esta autorización.

REDIVULGACIÓN

Entiendo que el solicitante no puede legalmente utilizar o divulgar la información de salud a menos que obtenga mi autorización o a menos que la divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Solicito que la información de salud divulgada mediante esta autorización sea utilizada solo para los siguientes propósitos: Estos expedientes serán utilizados por el ELARC para evaluar y tomar decisiones acerca de la elegibilidad y los servicios apropiados para este individuo.

NOTA: Su información de salud protegida solo puede ser divulgada si este formulario de autorización está completamente lleno, fechado y firmado. Consulte las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 45 C.F.R. § 164.508(b)(2)(ii), 164.501; Cal. Código Civil § 56.11, 56.05(f)

Una copia de esta autorización es válida como un original. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización para mis expedientes.

Firma del cliente (si es mayor de 18 años de edad) _____ **Fecha:** _____

Representante/tutor legal _____ **Fecha:** _____

Testigo _____ **Fecha:** _____

ESPECIFIQUE EXPEDIENTES

Seleccione el cuadro e inicialice del tipo de información que va a ser divulgada:

- Información médica: Los últimos 12 meses de visitas a la oficina, exámenes físicos, evaluaciones de desarrollo, admisión y resúmenes de alta hospitalarios. _____ (inicial) _____ (fecha)
- Expedientes de nacimiento _____ (inicial) _____ (fecha)
- Información psiquiátrica/psicológica: evaluaciones, resúmenes de alta y Impresiones de diagnóstico escritas, incluyendo las hojas de calificación. _____ (inicial) _____ (fecha)
- Información psicoeducativa _____ (inicial) _____ (fecha)
- Otro (especifique) _____ (inicial) _____ (fecha)

CENTRO REGIONAL DEL ESTE DE LOS ÁNGELES

P.O. Box 7916 · Alhambra, CA 91802-7916 · (626) 299-4700 · FAX (626) 281-1163

Protegiendo La Confidencialidad De Su Hijo: Lo Que Debe Saber

Aviso Inicial y Anual

Antes de que un niño sea evaluado para los servicios del programa de Intervención Temprana y por lo menos una vez al año luego de dicha evaluación, debemos informarle por escrito acerca de la información que reunimos sobre su familia e hijo y lo que haremos para mantener dicha información confidencial. La siguiente información es muy importante para su familia:

¿Cuál información mantenemos en el expediente que puede ser utilizada para identificar a su hijo?

Mantenemos en el expediente información "personal identificable" como el nombre completo del niño, los nombres de los representantes, la dirección del niño, la dirección de los representantes, los números de seguridad social u otros identificadores personales relacionados con el diagnóstico, género de origen étnico, etc. del niño.

¿De dónde obtenemos información acerca de su hijo?

Recolectamos la información de personas o agencias que han referido a su hijo a los servicios de Intervención Temprana y de usted, el representante. Con su consentimiento escrito, la información también se recolecta de otras personas o agencias que conocen a su hijo. Estas personas pueden incluir médicos, maestros, trabajadores sociales y especialistas de hospitales, centros regionales, escuelas, etc.

¿Cómo utilizamos la información que tenemos acerca de su hijo?

Utilizamos la información para determinar si su hijo es elegible para los servicios de Intervención Temprana. Si es elegible, utilizamos la información para ayudar a planificar los servicios. Si su hijo no es elegible en este momento, la información será almacenada para posibles necesidades futuras o una nueva referencia de servicios.

¿Qué información utilizamos para evaluar a su hijo y desarrollar el Plan Individual de Servicios Familiares (Individual Family Services Plan, IFSP)?

Un equipo de profesionales de diferentes disciplinas y usted, el representante, utilizarán la información de muchas fuentes para evaluar su hijo y desarrollar el IFSP, los expedientes médicos e informes de estado de salud. Se pueden utilizar la información obtenida de observaciones del desarrollo de su hijo, informe del representante y entrevistas, pruebas estandarizadas.

¿Dónde mantenemos la información de su hijo?

La información de su hijo se mantiene en la estación de trabajo del coordinador de servicios de su hijo o una habitación de expedientes centralizada. Toda la información personal identificable se mantiene en gabinetes, habitaciones de archivos o archivos de computadora supervisados por personal entrenado en el mantenimiento de información confidencial.

¿Por cuánto tiempo mantenemos la información de su hijo y cuándo la destruimos?

Las agencias públicas deben informar al representante cuando no se necesite más la información personal identificable para suministrar servicios educativos al niño. La información personal identificable de un niño con discapacidad puede ser retenida permanentemente, a menos que el representante solicite que sea destruida. Si los representantes solicitan que se destruya la información, la agencia educativa puede retener información de su hijo como el nombre, dirección, número de teléfono y años en el programa. Los representantes deben saber que el niño o ellos pueden necesitar los expedientes para beneficios de seguridad social u otros propósitos.

¿Cuándo suministramos información a otros?

No se divulga la información a un tercero sin su consentimiento escrito. Debemos mantener un expediente escrito especificando con quién se ha compartido la información acerca de su hijo (diferente a usted o los empleados de una agencia educativa o el centro regional).

¿Cuáles derechos tienen los representantes a visualizar la información de su hijo?

El expediente de su hijo o familia debe estar disponible para su inspección dentro de los tres días laborables, a partir de su solicitud (a menos que haya una orden judicial u otro documento que específicamente anule sus derechos). Si lo solicita, se le debe suministrar explicaciones e interpretaciones del expediente.

¿Dónde puedo obtener mayor información acerca de mis derechos?

Siempre puede preguntar a su coordinador de servicios para obtener mayor información. Se le suministró información adicional en la reunión de evaluación. Las fuentes principales incluyen el título 34 del Código de la Norma Federal de la Ley sobre los Derechos de la Familia en Materia de Educación Y Privacidad de 1974, el título 20 del Código de los Estados Unidos y las Normas de Intervención Temprana de California.

Por favor reserve para sus expedientes

**Centro Regional del Este de Los Ángeles
Programa de Intervención Temprana
Derechos y responsabilidades de los padres**

Programa de Intervención Temprana

El Programa de Intervención Temprana es un sistema estatal de servicios de intervención temprana para infantes y bebés mayores, desde el nacimiento hasta los 35 meses de edad que presenten retraso importante de desarrollo, riesgo establecido de retraso de desarrollo o que tengan factores de alto riesgo y sus familias. Los servicios son suministrados en un sistema centrado en la familia, multidisciplinario, interdepartamental y basado en la comunidad. El sistema de Intervención Temprana de California está regido por los estatutos y normas federales y estatales. Los padres tienen derechos y acceso a protección de procedimiento para asegurar que los servicios de intervención temprana sean suministrados de acuerdo a las necesidades de su hijo y las preocupaciones de la familia.

Evaluación y examen inicial

La determinación de la elegibilidad para Intervención Temprana incluye la realización de una valoración y examen oportuno, completo, multidisciplinario para cada niño menor a los 3 años de edad que sea referido por sospecha de retraso de desarrollo. Si se determina que su hijo es elegible, usted tiene derecho a servicios de intervención temprana apropiados para su hijo. Las protecciones de procedimiento aseguran que los niños y sus padres o tutores reciban sus derechos de conformidad con la ley.

En el Programa de Intervención Temprana, los padres o tutores tendrán derecho a:

1. Estar informado acerca de sus derechos bajo el Programa de Intervención Temprana.
2. Referir a su hijo al Programa de Intervención Temprana para el proceso de evaluación y examen inicial.
3. Suministrar permiso escrito antes de que se administre cualquier evaluación o examen y rechazar cualquier evaluación, examen o servicio de intervención temprana.
4. Participar en el proceso de evaluación o examen incluyendo la determinación de elegibilidad.
5. Recibir una copia de la evaluación y examen inicial en los 45 días posteriores a la referencia inicial al programa de Intervención Temprana
6. Que el centro regional complete las actividades de evaluación y examen y en caso de ser elegible, tener una reunión para desarrollar el Plan Individual de Servicios Familiares (Individual Family Services Plan, IFSP), en los 45 días posteriores a la referencia inicial al programa de Intervención Temprana.

La evaluación significa los procedimientos utilizados por el personal apropiado y calificado para determinar la elegibilidad inicial y continua de su hijo para los servicios de intervención temprana bajo el Programa de Intervención Temprana. La ley federal exige que:

1. Los materiales de evaluación y examen sean suministrados en el idioma elegido por los padres u otra forma de comunicación, a menos que claramente no sea posible hacerlo.
2. Los procedimientos y materiales de evaluación y examen sean seleccionados y administrados sin discriminación racial o cultural.
3. Los materiales de evaluación y examen sean apropiados para los propósitos específicos para los que están siendo utilizados.

4. Las evaluaciones y exámenes sean realizados por personal calificado.
5. Las evaluaciones y exámenes realizados a individuos con discapacidades conocidas de visión, audición o comunicación sean seleccionadas para reflejar con precisión el nivel de de capacidad o logro del individuo de acuerdo al factor que se esté midiendo.
6. Los materiales de evaluación y examen sean diseñados para evaluar áreas específicas de desarrollo y/o educativas y no para solo proporcionar medición del coeficiente intelectual.
7. Las evaluaciones y exámenes sean realizados en las cinco áreas de desarrollo, incluyendo cuando sea apropiado, salud y desarrollo, visión, audición, habilidades motoras, funciones del lenguaje y estado socioemocional.
8. Las evaluaciones y exámenes sean realizados en ambientes naturales cuando sea posible.
9. Los expedientes pertinentes acerca del estado de salud e historia médica de su hijo sean revisados.
10. Ningún procedimiento será utilizado como único criterio de determinar la elegibilidad de su hijo para los servicios de intervención temprana.
11. Las entrevistas para identificar los recursos, prioridades e preocupaciones familiares con respecto al desarrollo de su hijo y las necesidades de su familia son voluntarias.

Examen significa los procedimientos utilizados continuamente en curso utilizados por el personal calificado durante el período de elegibilidad de un infante o bebé mayor para los servicios de intervención temprana para identificar las fortalezas y necesidades únicas del infante o bebé mayor y los servicios apropiados para satisfacer dichas necesidades. El examen también incluye la identificación de los recursos, prioridades y preocupaciones familiares con respecto al desarrollo del infante o bebé mayor y los apoyos y servicios necesarios para mejorar la capacidad de la familia para satisfacer las necesidades de desarrollo del infante o bebé mayor elegible.

Plan Individual de Servicios Familiares (Individual Family Services Plan, IFSP),

Un IFSP es un plan escrito para proporcionar servicios de intervención temprana a un niño elegible y su familia para satisfacer las necesidades de desarrollo del infante o bebé mayor. Si se determina que su hijo es elegible para el Programa de Intervención Temprana, se llevará a cabo una reunión para desarrollar el IFSP de su hijo en los 45 días posteriores a la referencia inicial al programa de Intervención Temprana Los padres tienen los siguientes derechos para desarrollar e implementar el IFSP.

1. Asistir a la reunión y participar en la determinación de elegibilidad y desarrollo del IFSP.
2. Solicitar la asistencia de otros miembros de la familia.
3. Solicitar la asistencia y participación de un abogado.
4. Recibir explicación de todos los contenidos del IFSP en su idioma nativo.
5. Otorgar consentimiento específico para cada servicio enumerado en el IFSP. Si no otorga consentimiento a un servicio, no se proporcionará. Puede retirar el consentimiento luego de recibir inicialmente un servicio.

Por favor reserve para sus expedientes

6. Recibir notificación anticipada, en su idioma nativo, antes de que una agencia o proveedor de servicios proponga o rechace iniciar o cambiar la identificación, valoración, examen o colocación educativa de su hijo o el suministro de servicios apropiados de intervención temprana a su hijo o familia.
7. Aprobar la transmisión de información acerca de su hijo a la agencia educativa local (local education agency, LEA) durante la transición de servicios bajo la Parte B de IDEA.
8. Si la familia aprueba un examen familiar, los recursos, prioridades y preocupaciones familiares y los apoyos y servicios necesarios para mejorar la capacidad familiar de satisfacer las necesidades del infante o bebé mayor elegible.

Procedimientos administrativos (Debido proceso, mediación y quejas estatales)

En Intervención Temprana, los padres tienen derechos y acceso a protección de procedimiento para asegurar que los servicios de intervención temprana sean suministrados de acuerdo a sus necesidades y tomando en cuenta las inquietudes familiares y de conformidad con las leyes estatales y federales. Los padres tienen los siguientes derechos:

1. Solicitar una audiencia de debido proceso en cualquier momento que un centro regional o LEA proponga o rechace iniciar o cambiar la identificación, evaluación, examen, colocación y/o suministro de servicios apropiados de intervención temprana.
2. Estar informado acerca de su derecho a presentar una queja para solicitar mediación y/o debido proceso.
3. Presentar una queja si considera que ha habido una violación de cualquier estatuto federal o estatal o norma que rija los servicios de intervención temprana bajo Intervención Temprana.
4. Solicitar una conferencia de mediación inmediatamente antes de la solicitud de un reclamo o audiencia de debido proceso o en cualquier momento durante el proceso de reclamo/debido proceso para solucionar una disputa relacionada con cualquier asunto acerca de un estatuto federal o estatal que rija los servicios de intervención temprana bajo Intervención Temprana, incluyendo la elegibilidad y los servicios.
5. Presentar un reclamo si no se implementa la decisión del debido proceso.

Confidencialidad y acceso a expedientes

Los expedientes de Intervención Temprana son una fuente importante de información acerca de la salud de su hijo. Los expedientes de Intervención Temprana son confidenciales y solo serán compartidos con su consentimiento. Los padres tienen los siguientes derechos:

1. Acceso a los expedientes, incluyendo el derecho a examinar y obtener una copia de los expedientes relacionados con su hijo y
2. Derecho a solicitar una corrección de información contenida en el expediente.
3. Que se mantenga la información personal identificable de forma confidencial.