

REFERENCIA AL BIRTH TO 3 PROGRAM DE WISCONSIN
REFERRAL TO WISCONSIN BIRTH TO 3 PROGRAM

Instrucciones: Complete este formulario y envíelo al Birth to 3 Program del condado donde vive el niño.

Nota: Para localizar la información de contacto del Birth to 3 Program del condado, visite www.dhs.wisconsin.gov/birthto3/contacts.htm.

También se pueden hacer referencias telefónicas.

INFORMACION DEL NIÑO

Nombre completo del niño (nombre, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--	---------------------	---

Raza del niño (si se conoce)
 Indio americano/Nativo de Alaska Hawaiano/Otro isleño del Pacífico Negro / afroamericano Asiático Blanco

Etnia del niño (si se conoce)
Hispano Sí No

Nombre completo del padre, madre y/o tutor (nombre, inicial, apellido)

Dirección de la casa del niño	Ciudad	Estado WI	Código postal	Condado de residencia del niño
Teléfono principal	Otro teléfono	Idioma principal (si se conoce)		

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE LA REFERENCIA

Nombre del proveedor que la referencia

Dirección postal del proveedor	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de la oficina	Fax de la oficina
--------------------------------	--------	--------	---------------	------------------------	-------------------

PROVEEDOR: Motivo de la referencia al Birth to 3 Program del condado

Marque todo lo que corresponda: **(Adjuntar resultados de la evaluación)**

1) Evaluación(es) preocupante(s): ASQ ASQ:SE M-CHAT PEDS Otra: _____

Posibles retrasos en las siguientes áreas (marque todas las áreas de preocupación):

Habla/lenguaje Motricidad gruesa Motricidad fina Adaptación / Autoayuda Audición Visión

Cognitivo / Resolución de problema Socioemocional o de comportamiento

Otras preocupaciones: _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES para divulgar la información médica, de desarrollo y educativa del niño al proveedor de la referencia.

Consulte el reverso de este formulario para obtener una explicación completa de los derechos parentales con respecto al consentimiento.

Autorizo al proveedor anterior a divulgar información médica al Enter County Birth to 3 Program Name & County relacionada con el posible retraso en el desarrollo de mi hijo para ayudar al Birth to 3 Program a realizar sus funciones y / o coordinar la prestación de los servicios del Birth to 3 Program a mi hijo. Esta autorización incluye la divulgación de información sobre discapacidades del desarrollo, enfermedades mentales, SIDA o enfermedades relacionadas con el SIDA y / o resultados de pruebas de VIH, con las siguientes excepciones:

Autorizo al Birth to 3 Program del condado a divulgar el registro de intervención temprana de mi hijo resultante de esta referencia con el proveedor como se indicó anteriormente. El propósito de la divulgación es ayudar al Birth to 3 Program a realizar sus deberes y / o coordinar los servicios del Birth to 3 Program para mi hijo. Esta autorización incluye la divulgación que se describe a continuación con las siguientes excepciones:

De acuerdo con las condiciones indicadas en este formulario, autorizo el uso y / o la divulgación de la información confidencial de mi hijo. A menos que se revoque, la autorización permanecerá vigente hasta el tiempo de vencimiento que se indica a continuación. Seleccione solo una:

La autorización vence cuando mi hijo ya no participe en el Birth to 3 Program del condado.

La autorización vence a partir de _____ (especifique la fecha de vencimiento).

La autorización vence un año después de la fecha de mi firma en este documento.

Firma del padre/madre/tutor	Fecha de la firma	Nombre en letra de molde	Indique la autoridad legal de la persona que firma <input type="checkbox"/> Padre o madre del menor <input type="checkbox"/> Tutor legal
-----------------------------	-------------------	--------------------------	---

BIRTH TO 3 PROGRAM DEL CONDADO: RESULTADOS DE LA REFERENCIA DIRIGIDOS AL PROVEEDOR DE LA REFERENCIA

Complete esta parte y devuélvala al proveedor que lo refirió. (Marque todo lo que corresponda.)

No se pudo localizar a la familia.

El niño fue examinado y no se recomendó ninguna evaluación. Se adjuntan los resultados de los exámenes.

El niño fue evaluado el _____ (fecha). Se adjunta el informe de evaluación.

<input type="checkbox"/> Elegible para el programa	<input type="checkbox"/> Participa en el programa	<input type="checkbox"/> La decisión de los padres de no participar o rechazar los próximos pasos
<input type="checkbox"/> No es elegible para el programa en este momento	<input type="checkbox"/> Revisión programada	<input type="checkbox"/> Proporcionó información sobre los programas comunitarios
Nombre de contacto del Birth to 3 Program del condado		Número de teléfono de contacto

CONSENTIMIENTO PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA ENTRE LOS PROVEEDORES DE LA REFERENCIA Y EL BIRTH TO 3 PROGRAM DE WISCONSIN

¿Quién puede dar consentimiento?

El Birth to 3 Program de Wisconsin no requiere el consentimiento de los padres para recibir una referencia; sin embargo, el padre, madre o tutor legal del niño debe dar su consentimiento para la detección, la evaluación y la inscripción en el Birth to 3 Program y para la divulgación de registros. Los padres de cuidado temporal (foster parents) **no** tienen presuntos derechos legales para proporcionar el consentimiento de los padres. El consentimiento para la divulgación de información en este formulario autoriza la divulgación y / o uso de la información sobre la salud o el desarrollo del niño entre el proveedor de la referencia y el Birth to 3 Program del condado, según se identifica en el formulario de referencia.

¿Cuáles son mis derechos parentales?

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a este consentimiento:

- Usted no está obligado a firmar esta autorización. Salvo lo permitido por la ley aplicable, la negativa a firmar no afectará al tratamiento, la inscripción ni la elegibilidad de los beneficios.
- Usted puede revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en el caso de la información ya divulgada como resultado de esta autorización. La revocación por escrito debe entregarse a la organización autorizada a divulgar la información.
- Usted tiene derecho a inspeccionar y, al pagar las tarifas correspondientes, obtener una copia de los registros divulgados.
- La información que usted autoriza a divulgar puede ser divulgada de nuevo por el receptor de estos registros sólo si lo permite la ley. Si la información se vuelve a divulgar, el destinatario de la misma puede estar sujeto a otras leyes.

¿Por qué es importante un formulario de consentimiento?

A su hijo lo pueden ver otros profesionales que supervisan el crecimiento y el desarrollo general de su hijo. El proveedor de atención médica de su hijo ve a su hijo durante las visitas médicas de rutina y para recibir tratamiento médico. Su proveedor de cuidado infantil ve a su hijo interactuar con otros niños todos los días. A veces, los proveedores de atención médica y otros proveedores de servicios de su hijo pueden necesitar más información, como una evaluación por parte de otros especialistas, para cuidar mejor a su hijo. El Birth to 3 Program del condado puede ser un recurso para ayudar a identificar las necesidades de su hijo. El objetivo principal de este formulario de consentimiento es permitir la comunicación entre los proveedores de atención médica y otros proveedores de servicios de su hijo y el Birth to 3 Program del condado para que estos proveedores puedan trabajar juntos para ayudar a su hijo.

¿Cuál es el propósito del formulario de consentimiento?

Este formulario de consentimiento fue desarrollado para garantizar el cumplimiento de todas las leyes federales y estatales con respecto a la protección de la información médica y educativa. Este consentimiento incluye el intercambio de información según lo autorizado por las leyes federales / estatales de confidencialidad, las Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) y las pautas de la Privacy Regulations and Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA). El propósito del consentimiento es proporcionar al Birth to 3 Program del condado información para ayudar en la determinación de la elegibilidad del niño para los servicios de intervención temprana, así como para garantizar que el proveedor de atención médica del niño reciba información sobre el estado del niño en el Birth to 3 Program. Al autorizar al Birth to 3 Program del condado a compartir información pertinente, usted ayuda a garantizar que sus proveedores de atención médica y otros proveedores de servicios sigan siendo un participante activo en el crecimiento y el desarrollo de su hijo.

¿Cómo se utilizará este consentimiento?

Este formulario de consentimiento seguirá a la referencia de su hijo al Birth to 3 Program del condado a medida que lo examinen y / o evalúen para determinar su elegibilidad para el Birth to 3 Program. La información generada por esta referencia se convertirá en parte del registro educativo del niño. El Birth to 3 Program del condado protegerá esta información según lo prescrito por HIPAA, FERPA y otras leyes de confidencialidad federales / estatales.

Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) 34 CFR §99.30

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Regulations 45 CFR §164