

## FORMULARIO DE REMISIÓN

Por favor llene este formulario para enviar a un niño a Support for Families y / o Help Me Grow San Francisco. Este formulario debe ser completado y firmado. Por favor, escriba de forma clara. Por favor envíe el formulario a través de nuestro correo: [referral@supportforfamilies.org](mailto:referral@supportforfamilies.org) o por fax al número: (415) 282-1226.

**Información del niño y padre/madre o tutor (\*información obligatoria):** **Fecha de remisión:** \_\_\_\_\_

*Nombre de niño/a:	*Fecha de nacimiento del niño/a:	UCI #:	Género: M    F    X
Origen étnico del niño/a:		*Idioma(s) que se hablan en casa:	
*Nombre del padre/madre o tutor legal:	Raza del padre/madre o tutor legal:	Relación con el niño/a:	
*Dirección:	Ciudad:	Código postal:	
*Teléfono:	Correo electrónico:		

### Motivos para la remisión (Por favor, marque todos los que apliquen)

Retraso / preocupación observada / sospechada (**por favor comparte todas sus inquietudes**)  
 Comportamiento     Social/Emocional     Habla y Lenguaje     Desarrollo Motor     Otro: \_\_\_\_\_

Evaluación del desarrollo: fecha de la evaluación de desarrollo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Adjuntar resultados de detección)  
 Indique la evaluación de desarrollo utilizada:  ASQ-3     ASQ:SE     PEDS     M-CHAT     Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño un IEP o IFSP?     Sí     No     No sé (**Adjunte la documentación de IEP / IFSP**)

Condición/Diagnosis (uso profesional médico SOLAMENTE): \_\_\_\_\_ (**Adjunte los resultados de la evaluación**)  
 Diagnosticado por:  Pediatra     Psicólogo     Neurólogo     Otro: \_\_\_\_\_

Otros/Comentarios: \_\_\_\_\_

### Información de la agencia que remite:

Nombre:	Agencia que remite/ Información del programa:	
Cargo/ Título:	Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección:		
La familia ya ha sido referida a:	Fecha de referencia:	Familia interesada en la referencia para:
<input type="checkbox"/> Centro Regional Golden Gate (GGRC)	_____	<input type="checkbox"/> GGRC <input type="checkbox"/> SFUSD <input type="checkbox"/> Beacon/ ABA <input type="checkbox"/> CCS
<input type="checkbox"/> Distrito Escolar San Francisco (SFUSD)	_____	<input type="checkbox"/> Entrenamiento de Inclusión ECE <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil
<input type="checkbox"/> Beacon/ ABA Service (Servicio Beacon)	_____	<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Habilidades de padres <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo
<input type="checkbox"/> Servicios para Niños de California (CCS)	_____	<input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Seguro de salud <input type="checkbox"/> Grupos de juego
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	<input type="checkbox"/> Orientación o consejería <input type="checkbox"/> Otro: _____

**Consentimiento del padre/madre o tutor legal:** Tenga en cuenta que no podremos comunicarnos con usted sin el consentimiento por escrito de la familia.

**Doy permiso a Support for Families, a la agencia de referencia y a todas las agencias indicadas anteriormente para obtener e intercambiar información pertinente sobre mi hijo.**

**Iniciales    COMPRENDO QUE:**

\_\_\_\_\_ La información compartida solo se utilizará para coordinar y planificar los recursos y remisiones para mi hijo(a), y se mantendrá en carácter confidencial.

\_\_\_\_\_ Comprendo que el personal de SFCD se comunicará conmigo para hacer un seguimiento el problema que mi hijo(a) pudiera tener.

\_\_\_\_\_ Puedo cancelar mi autorización en cualquier momento escribiendo una nota a las agencias/individuos. Expira \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Una fotocopia de este formulario es tan válido como el original y solicito una copia

Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso del padre/madre o tutor legal: \_\_\_\_\_