

Servicios para el Desarrollo Saludable – Formulario de referencia

Por favor enviar el Formulario de referencia lleno a los números de fax principales regionales O a las direcciones de correo electrónico que aparecen abajo. Ver al reverso una lista de códigos postales con límites regionales.

Central: Fax: (619) 544-0308 HDSCentralReferrals@fhcsd.org	Este: Fax: (619) 444-0884 HDSEastReferrals@fhcsd.org	Sur: Fax: (619) 420-8722 hdscc@csbcs.org
Norte Central: Fax: (858) 966-6734 NorthCentralHealthyDevSer@rchsd.org	Norte Costa: Fax: 858-966-8405 NorthCoastalHealthDevServ@rchsd.org	Norte Interior: Fax: (760) 739-2333 HDS@palomarhealth.org

AGENCIA QUE REFIERE /INFORMACIÓN DEL PROGRAMA (Por favor asegúrese de llenar esta sección para que podamos contactarlo.)

Fecha de la referencia: _____ Agencia que refiere: _____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
Nombre del contacto: _____ Correo electrónico del contacto: _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Apellido del niño: _____ Nombre del niño: _____ Prenatal: ☐ Sí ☐ No
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Fecha de Nac: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/CUIDADOR

Apellido del padre/madre/cuidador: _____ Nombre del padre/madre/cuidador: _____
Idioma: _____ Teléfono: _____ Teléfono secundario: _____
Parentesco con el niño: _____ Correo electrónico: _____

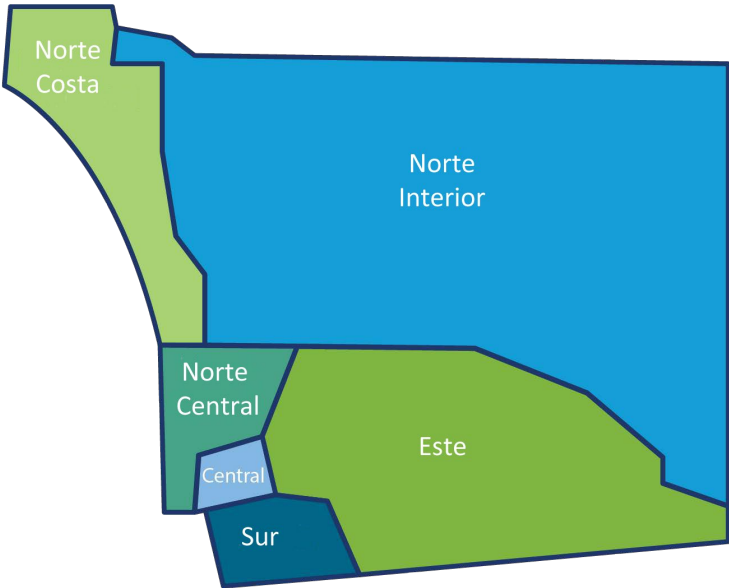
ÁREA(S) DE PREOCUPACIÓN (Por favor mencione cualquier preocupación de comportamiento, desarrollo, y/o cualquier otra respecto a este niño.)

¿Este niño está recibiendo servicios en otro lugar? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, marque una opción a continuación)

“Early Start” de California/Centro regional Escuelas Seguro médico Otro:

Consent for Release of Information I, _____ (print name) authorize the organizations listed above to contact me regarding the child listed above for the purposes of delivering the services requested. I understand that this release includes exchanging only the information listed here as it pertains to coordinating this referral. ☐ Verbal Consent		Consentimiento para dar información Yo, _____ (nombre en letra de molde) autorizo a las agencias mencionadas anteriormente para comunicarse conmigo sobre el niño mencionado anteriormente con el propósito de proporcionar los servicios solicitados. Entiendo que esto incluye intercambiar solamente la información indicada aquí en lo que respecta a coordinar esta referencia. ☐ Consentimiento verbal	
La sección a continuación debe llenarla el beneficiario de HDS: El beneficiario confirmará el recibo de la referencia dentro de 3 días hábiles y proporcionará un estatus de la referencia dentro de 30 días			
Fecha de envío por fax: _____		Para: _____	
De: _____		Puesto: _____	Tel. _____ Correo electrónico: _____
Iniciaron Servicios de HDS ☐ Sí ☐ No			
ESTATUS DE LA REFERENCIA ☐ 1.º intento: ☐ 2.º intento: ☐ Se contactó a la parte que refiere: ☐ Carta enviada:	ACTUALIZACIÓN DEL ESTATUS DE REFERENCIA A LOS 30 DÍAS No, no iniciaron los servicios porque: ☐ Familia se rehusó ☐ No se pudo localizar o contactar a la fam. ☐ Niño no cumplió con los criterios de elegibilidad Referido a: _____ ☐ Otro: _____		
SÍ, iniciaron los servicios: ☐ Admisión Familiar finalizada en: _____ ☐ Evaluación del desarrollo prog. /finalizada en: _____ ☐ Áreas de preocupación identificadas: ☐ Habla/lenguaje ☐ Terapia ocupacional ☐ Terapia física ☐ Comportamiento			
NOTAS			

Servicios para el Desarrollo Saludable



Límites regionales por código postal

Por favor use esta tabla para identificar la región donde reside su familia.
Si tiene alguna pregunta, por favor llame a los teléfonos que aparecen a continuación para hablar con el personal de admisión o con el Coordinador de Cuidados.

Hospital Infantil Rady - San Diego				Palomar Health		SBCS		Centros de Salud Familiar de San Diego			
Tel: 858-966-7510		Tel: 858-966-8235		Tel: 877-504-2299		Tel: 619-495-8248		Tel: 619-515-2406		Tel: 619-515-2463	
Norte Central		Norte Costa		Norte Interior		Sur		Central		Este	
92037	92126	92007	92067	92003	92070	91902	92153	92101	92162	91901	91976
92038	92130	92008	92068	92004	92074	91908	92154	92102	92163	91903	91977
92039	92131	92009	92075	92025	92078	91909	92155	92103	92164	91905	91978
92092	92140	92010	92081	92026	92079	91910	92173	92104	92165	91906	91979
92093	92142	92011	92083	92027	92081	91911	92178	92105	92166	91916	91980
92106	92145	92013	92084	92028	92082	91912	92179	92112	92167	91917	92019
92107	92152	92014	92085	92029	92086	91913		92113	92170	91931	92020
92108	92159	92018	92091	92030	92088	91914		92114	92171	91934	92021
92109	92160	92023	92672	92033	92096	91915		92115	92174	91935	92022
92110	92161	92024		92036	92127	91921		92116	92175	91941	92040
92111	92168	92049		92046	92128	91932		92132	92176	91942	92071
92117	92169	92051		92059	92129	91933		92134	92182	91943	92072
92119	92177	92052		92060	92150	91947		92136	92190	91944	
92120	92186	92054		92061	92172	91950		92137		91945	
92121	92191	92055		92064	92197	91951		92138		91946	
92122	92192	92056		92065	92198	92118		92139		91948	
92123	92193	92057		92066	92199	92135		92147		91962	
92124	92196	92058		92069	92536	92143		92149		91963	