



### 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.

<b>Central:</b> Fax: (619) 544-0308 HDSCentralReferrals@fhcsd.org	<b>Este:</b> Fax: (619) 444-0884 HDSEastReferrals@fhcsd.org	<b>Sur:</b> Fax: (619) 420-8722 hdsc@csbcs.org
<b>Norte Central:</b> Fax: (858) 966-6734 NorthCentralHealthyDevSer@rchsd.org	<b>Norte Costa:</b> Fax: 858-966-8405 NorthCoastalHealthDevServ@rchsd.org	<b>Norte Interior:</b> 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: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

#### 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:

<p align="center"><b>Consent for Release of Information</b></p> <p>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.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Verbal Consent</p>	<p align="center"><b>Consentimiento para dar información</b></p> <p>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.</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Consentimiento verbal</p>
---	---

**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

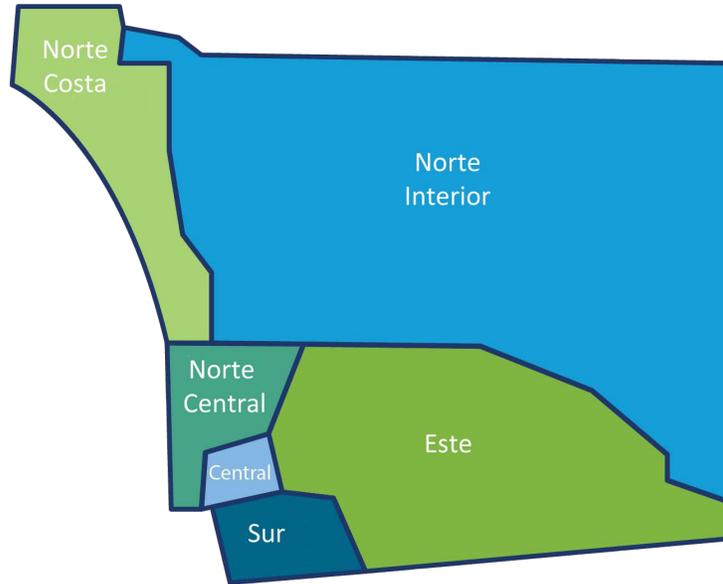
<p><b>ESTATUS DE LA REFERENCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1.º intento:</p> <p><input type="checkbox"/> 2.º intento:</p> <p><input type="checkbox"/> Se contactó a la parte que refiere:</p> <p><input type="checkbox"/> Carta enviada:</p>	<p align="center"><b>ACTUALIZACIÓN DEL ESTATUS DE REFERENCIA A LOS 30 DÍAS</b></p> <p>No, no iniciaron los servicios porque:</p> <p><input type="checkbox"/> Familia se rehusó</p> <p><input type="checkbox"/> No se pudo localizar o contactar a la fam.</p> <p><input type="checkbox"/> Niño no cumplió con los criterios de elegibilidad</p> <p>Referido a: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Sí, iniciaron los servicios:</p> <p><input type="checkbox"/> Admisión Familiar finalizada en: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluación del desarrollo prog. /finalizada en: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Áreas de preocupación identificadas:</p> <p><input type="checkbox"/> Habla/lenguaje                      <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia física                        <input type="checkbox"/> Comportamiento</p>
---	---

**NOTAS**



La información contenida en este fax es de carácter reservado y confidencial solamente para uso de la persona o entidad mencionada anteriormente. Si el receptor de este fax no es a quien va destinado, usted ha sido notificado por el presente que cualquier divulgación, distribución o copia de este fax está estrictamente prohibido. Si usted recibe este fax por error, por favor notifique al remitente inmediatamente.

## 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	