



Instrucciones: Cualquiera puede referir a un niño de Georgia que califique para Babies Can't Wait, Children 1st, Children's Medical Services (CMS), Early Hearing Detection and Intervention (EHDI) o MIECHV*. Complete este formulario usando el [Localizador de Servicios para Mujeres y Niños](#) para encontrar su contacto local de referencia de salud infantil y enviárselo directamente. *El programa MIECHV no está disponible en todos los condados.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA QUE HACE LA REFERENCIA

Puede saltarse esta sección si un padre o tutor está llenando el formulario.

Persona o práctica que hace la referencia:	No. de teléfono:	No. de fax:	Correo electrónico:
--	------------------	-------------	---------------------

¿Está uno de los padres o el tutor al tanto de esta referencia? ☐ No ☐ Sí

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño:	Apellido del niño:	Fecha de nacimiento del niño: / /	Sexo del niño: ☐ Masculino ☐ Femenino
------------------	--------------------	--------------------------------------	--

Nombre y apellido de la madre biológica:	Fecha de nacimiento de la madre biológica (si se conoce): / /
--	--

Raza del niño (seleccione todas las que correspondan): ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Otro: _____ ☐ Asiático ☐ Prefiero no responder ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	Etnia del niño: ☐ Hispano o latino ☐ Ni hispano, ni latino ☐ Prefiero no responder ☐ Otro: _____	Seguro del niño (si se conoce): ☐ Medicaid / PeachCare for Kids ☐ Comercial / Privado ☐ Desconocido ☐ Ninguno Número de la póliza de seguro (si se conoce): _____
---	---	--

Nombre y número de teléfono del médico primario del niño (si se conoce):

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE UN PADRE O TUTOR:

Nombre y apellido del tutor:	Relación con el niño:	Número de teléfono:	Número de teléfono alternativo:
------------------------------	-----------------------	---------------------	---------------------------------

Correo electrónico:	Dirección física:	Ciudad:
---------------------	-------------------	---------

Estado:	Código postal:	Condado (si se conoce):	Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____	¿Necesita intérprete? ☐ No ☐ Sí
---------	----------------	-------------------------	--	--

Nombre y número de teléfono del trabajador social de DFCS (si corresponde):

MOTIVO(S) PARA LA REFERENCIA (SELECCIONE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

☐ Diagnóstico confirmado. Al niño se le ha diagnosticado una condición que afecta su desarrollo y/o que es una condición médica crónica. Diagnóstico y Código ICD-10 (<i>adjunte un informe</i>):  Consulte la Base de Datos de Condiciones de Salud Infantil para ver los códigos elegibles.	☐ Sospecha o diagnóstico de retraso en el desarrollo. El niño puede tener retraso en su proceso de desarrollo. Se requiere hacer una evaluación o examen de detección. <i>Seleccione todos los problemas que apliquen:</i> ☐ Motor y físico ☐ Social y emocional ☐ Habla y comunicación ☐ Conductual y adaptativo ☐ Audición ¿Se ha sometido al niño a una evaluación reciente? ☐ No ☐ Sí (adjunte los resultados)	☐ En riesgo de un retraso en el desarrollo. El niño tiene factores de riesgo médicos, sociales o ambientales y puede beneficiarse de una evaluación. <i>Seleccione todos los problemas que apliquen:</i> ☐ Parto prematuro o peso bajo al nacer ☐ Exposición prenatal a sustancias ☐ Inquietudes sobre la seguridad del niño (por ejemplo, abuso, descuido, violencia familiar) ☐ Ambiente familiar inseguro ☐ Otro: _____
--	---	---

Comentarios:

Office Use Only:

Date Child Health Referral Received: _____ SendSS #: _____

Date Routed: _____ Program(s): ☐ BCW ☐ C1st ☐ CMS ☐ EHDI ☐ MIECHV ☐ DPH HV ☐ Other: _____