

## Servicios Integrados para Niños: enfermería, apoyo familiar, intervención en la primera infancia, salud mental en la primera infancia y familiar, y servicios especializados de cuidado infantil

Fecha de derivación: ___/___/___ Rederivación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del cliente principal: _____	
Persona que recopila esta información de admisión: _____ Fecha: ___/___/___	
<b>A. Preocupaciones de la mujer/padre/madre/tutor/programa de cuidado infantil (indicadas por ellos):</b>	
<b>B. El cliente vive con: <u>O bien,</u> Personal asociado si se trata de un programa de cuidado infantil:</b>	
<b>Sindicato supervisor:</b>	<b>Escuela:</b>
<b>C. Qué tipo de servicios recibe actualmente:</b>	
<b>Información de contacto de la persona que le ayuda:</b>	
Proveedor principal de atención médica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Proveedor principal de atención dental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
VDH – Niños con necesidades de salud especiales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Clínica de desarrollo infantil: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Head Start/Early Head Start: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Proveedor de cuidado infantil: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Agencia de apoyo comunitario para cuidado infantil: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Salud mental: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Asesoramiento sobre abuso de sustancias: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Alimentación / nutrición: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
WIC (Programa de Asistencia Nutricional Especial para Mujeres, Bebés y Niños): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Asistencia con necesidades básicas ( <i>Encierre todas las opciones que correspondan y proporcione información de contacto</i> ): vivienda, empleo, asistencia económica o para programas de cuidado infantil: horario diario, rutinas, currículo, medio ambiente, regulaciones	
Otro: _____	
<b>D. Pruebas de detección y evaluaciones anteriores</b> (p. ej., ambientales, embarazo, nutrición, sueño, o para niños: retrasos en el desarrollo, comunicación, movimiento, social/emocional, conductual o auditivo/visual):	
Tipo:	Realizado por:
<b>E. Próximos pasos:</b>	
<b>Coordinador de Servicios principal:</b>	
Información de seguimiento proporcionada a la fuente de la derivación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: ___/___/___	
Explique:	