**HELP ME GROW FORMA DE REFERENCIA COMUNITARIA**

***Favor de adjuntar ASQ-3, ASQ-SE2; M-CHAT; u otras herramientas de evaluación y formas autorizadas (de estar disponibles))***

***Al proveer este consentimiento, Usted como padre o guardián está de acuerdo en esta referencia a Help Me Grow (HMG) y entiende que Help Me Grow lo contactará acerca de su niño/a. Esto incluye permiso para Help Me Grow y su proveedor para colaborar compartiendo resultados de pruebas del desarrollo de su niño/a, los recursos y referencias provistas para su niño/a y los resultados de los recursos o enlaces de referencia.* para conectar a una familia a Help Me Grow, el padre o guardián necesita ya sea:**

**1. proveer consentimiento verbal OR 2. Firmar abajo:**

1. **¿Ha provisto el padre o guardián consentimiento verbal para ser conectado con un especialista de HMG? ☐SI, Están de acuerdo**
2. **firma del padre o cuidador primario: Fecha:**

 **Información del proveedor que refiere**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha dreferencia      | Nombre del sitio que refiere      | Nombre del proveedor refiriendo      | Título del proveedor refiriendo      |
| Direccion      | Unidad      | Ciudad      | Codigo Postal      |
| Numero de Telefono(     )     --      | Numero de Fax(     )     --      | Correo electronico      |
| Ha referido a la familia/niño a: (marque todos los que aplican): **☐** California Children’s Services (Fecha presentado):**☐** Mental Health Services (Fecha Presentado):**☐** Otros:       (Fecha presentado): | **☐** Golden Gate Regional Center (Fecha presentado):**☐** MCOE/Distrito Escolar (Fecha Presentado): Nombre del Distrito |

 **Información del Niño/a**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido del nino/a      | Nombre del niño/a      | Fecha de Nacimiento(fecha programada de parto)   -    -      | Genero:      |
| Direccion      | Unidad      | Ciudad      | Codigo Postal      |
| Seguro de Salud del niño/a (si lo sabe):       |

 **información del padre o cuidador primario**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido de padre      | Primer nombre del padre      | Relación con el niño/a      | Idioma primario      |
| Numero de telefono(marque uno) **☐**casa **☐**trabajo **☐**Celular(     )     --      | Mejor hora para llamar (marque todas las que apliquen)**☐** Manana **☐**Tarde **☐**Noche | Correo electronico      |

**Motivo de preocupación o referencia (Marque todos los que apliquen)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DESARROLLO** | **SOCIAL-EMOCIONAL/COMPORTAMIENTO DESAFIANTE** | **FAMILIA, SALUD Y APOYO GENERAL** |
| **☐** Edad apropiada/habilidades adaptativas**☐** Comunicacion/Lenguaje**☐** Intelectual/Resolución de problemas**☐** Habilidades motoras finas**☐** Habilidades motoras gruesas | **☐** Preocupación del comportamiento**:** Compliance/Impulsividad  (Siguiendo instrucciones/permanencia en actividad)**☐** llanto/consuelo**☐** Habilidades de Adaptación(Tolerancia a la Frustración)**☐** Preocupaciones Sensoriales**☐** Timidez/retirado/apegado**☐** Habilidades Sociales**☐** Rabietas/ Experiencias Adversas de la Niñez | **☐** Necesidades Básicas**☐** Cuidado Temprano y Educación**☐** Educación de padres/Apoyo**☐** Cuidado Prenatal y Guianza**☐** Grupos de Juego**☐** Salud/Problemas médicos**☐** Estrés Familiar Alto**☐** Información de Recursos Comunitarios |
| **☐** Personal (Autoayuda)/Social**☐** Otras razones: |

 **Comentarios Adicionales? como puede Help Me Grow asistirle mejor en apoyar a su niño/a y la familia ?**