**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 ?**