

**Iniciativa Médica Domiciliaria de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud\***

**FAVOR**

**185 Silas Deane Highway  
Wethersfield CT 06109**

**Tel: 860-436-6544 Línea gratis: 855-436-6544**

**Fax: 860-563-3961 Email: CTMedicalHome@FAVOR-CT.org**

**SOLICITUD DE PROGRAMA**

Fecha:		Referido por: FAVOR		
<b>Información de Niño/Niña</b>				
Nombre: Apellido:		Primero:		
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	F. de N.: / /	# Seguro Social - - Requerido para ser elegible para fondos de respiro y servicios extendidos		
Dirección:				
Ciudad:		Estado:	Código Postal:	
Lengua preferido:				
<b>Raza/Identidad Étnica</b>				
Hispana <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática/Isleña delPacífico <input type="checkbox"/> Indígena Americana <input type="checkbox"/> Otra (Especifique)				
<b>Información de Padres/Tutor</b>				
Nombre	# Tel. de casa	# Tel. de trabajo	# Tel. celular	Mejor hora para llamar
Madre:				
Padre:				
Otro:				
Si prefiere que se le contacte por correo electrónico, por favor indique la dirección:				
<b>¿Recibe su niño cualquiera de las siguientes cosas?</b>				
Ingreso de Seguro Social <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
<input type="checkbox"/> Husky A <input type="checkbox"/> Husky B <input type="checkbox"/> Husky B+ <input type="checkbox"/> Husky C <input type="checkbox"/> Katie Beckett Waiver <input type="checkbox"/> Private Insurance				
Husky ID#	Private Ins. ID#:			
Otro apoyo financiero <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (En caso de sí, especifique la fuente*) _____				
(* p.e.j., Fundación Fibrosis Quística, Subsidio Farmacéutico, MDA, UCP, Club de Leones, Shriner's, etc.)				
<input type="checkbox"/> Es el niño/a mayor de 18 años? <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Empleado?				
<input type="checkbox"/> Programa de día? <input type="checkbox"/> Actualmente espera programa de día? <input type="checkbox"/> Vive en casa el Niño/a?				

\* La Iniciativa Médica Domiciliaria de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud es un programa patrocinado por el Depto. de Salud Pública del Estado de CT. Hay información disponible en su sitio web al: [www.dph.state.ct.us](http://www.dph.state.ct.us). 8/31/15

Información de la Madre			
Nombre: Apellido:	Apellido de soltera:	Primero:	FDN: / /
Dirección:		Piso/# Apartamento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
# Seguro Social - -	Tutor Legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda			
Empleador:			
Dirección del Empleador:			
Seguro Médico:		# ID de Seguro Médico	
# Teléfono del Seguro Médico			
Dirección Postal del Seguro Médico:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Información del Padre			
Apellido:	Nombre:	FDN: / /	
Dirección:		Piso/# Apartamento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
# Seguro Social - -	Tutor Legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo			
Empleador:			
Dirección del Empleador:			
Seguro Médico:		# ID de Seguro Médico	
# Teléfono del Seguro Médico			
Dirección Postal del Seguro Médico:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Información de contacto para tutor legal si no es uno de los padres			
Nombre: Apellido:	Primero:	# Seguro Social - -	
Dirección:		Piso/# Apartamento:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Relación de Tutor:
Información de Ingresos de la Familia			
Ingreso Familia	Cantidad	Ingreso Anual	Cantidad
SSI /SSDI Mensual del Niño		Padre income or SSI/SSDI	
Jubilación Mensual		Madre income or SSI/SSDI	
Pensión Alimenticia Mensual		Ingreso Anual Total	
Apoyo mensual de Niño		Número de niños viviendo en la domiciliaria	
Asistencia Temporal para Familias Mensual		Número de adultos viviendo en la domiciliaria	
Otro			
<b>POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE SU MÁS RECIENTE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS O CUATRO TALONARIOS DE SALARIO COMO PRUEBA DE SU INGRESO</b>			

## INFORMACIÓN DE LAS NECESIDADES ESPECIALES DE CUIDADO DE SALUD Y MÉDICAS DEL NIÑO

### Diagnóstico(s) del Niño

<b>1. Diagnóstico Primario</b>	
<b>2. Diagnóstico Secundario</b>	
<b>3. Otra condición</b>	
<b>4. Otra condición</b>	

### Proveedor Primario de Cuidados de Salud del Niño

<b>Nombre de Proveedor:</b>	<b># Teléfono</b>
<b>Dirección postal de Proveedor:</b>	
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>
<b>Código Postal:</b>	

### Proveedor(es) de Cuidados Especializados para el Niño

Nombre de Especialista	Especialidad	Dirección	# Teléfono

**2. ¿Necesita su niño servicios que actualmente no está recibiendo?**  Sí  No  
 (Ejemplo: Medicina, Grupos de Apoyo, Coordinación de Cuidado, Educación Especial, equipo, cuidado de niño etc.) En caso afirmativo, por favor describa:

**3. Si usted tiene algún asunto o preguntas respecto a su niño que no se haya mencionado o cubierto en este formulario, por favor indíquelo abajo.**

**4. Nombres de otros niños con necesidades especiales de cuidado de salud en la familia, actualmente inscritos en este programa:**

### Para Uso Exclusivo de la Oficina

**Elegible para Fondos de Servicio Extendido:**  SÍ  NO En caso de NO, Explique la razón

1) Did the child get a Developmental Screening within the last year?

Yes  No  Don't know  Not Applicable

**IF Yes:** Was it confirmed by the provider?  Yes  No

Date parent asked question? \_\_\_\_\_

Was it past or referred? \_\_\_\_\_

If referred, provider name: \_\_\_\_\_

Referral #2: \_\_\_\_\_ Referral #3: \_\_\_\_\_

Date parent asked question? \_\_\_\_\_

**IF No:** Where they referred for developmental screening?  Yes  No

What is your follow up plan? \_\_\_\_\_

Date parent asked question? \_\_\_\_\_

2) Does the child have a diagnosis of asthma?

Yes  No Do they have an Asthma Action Plan(AAP)?  Yes  No

3) Does the parent have concerns about the child's weight (BMI)?  Yes  No

4) Does the child have BMI out of the normal range?  Yes  No  High  low  Don't know

Weight: \_\_\_\_\_ Referred to: \_\_\_\_\_

5A) Has the child been screened for mental/ behavioral health?  Yes  No

If No, was a referral made?  Yes  No To whom: \_\_\_\_\_

5B) Has the child been referred to mental/ behavioral health services?  Yes  No  Don't know

If Yes, was referred to \_\_\_\_\_

6) Does the child have a care plan?  Yes  No

If Yes- date completed: \_\_\_\_\_

Care Plan Needs Assessment  Yes  No

Care Plan Comprehensive?  Yes  No

Care Plan ER?  Yes  No

Care Plan Portable?  Yes  No

Other Care Plan  Yes  No

If no, who is responsible for creating a care plan? \_\_\_\_\_

Enter date when completed \_\_\_\_\_

7) Does this child need follow up?

Need Supervisor Review  Yes  No  N/A for converted case



**Iniciativa Médica Domiciliaria de CT para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud\***  
**Hoja de Cernimiento e Índice de Complejidad**



\* La Iniciativa Médica Domiciliaria de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud es un programa patrocinado por el Depto. de Salud Pública del Estado de CT. Hay información disponible en su sitio web al: www.dph.state.ct.us..

<b>Proveedor Principal de Cuidado Pediátrico</b> Nombre Dirección N° de Teléfono Fax Email To be inserted here	Nombre del Niño(a) (Primero) _____ (Apellido) _____ FDN _____
	Sexo M F Raza _____ Diagnóstico Principal _____
	Padre/Tutor _____ Teléfono _____
	Dirección _____ Ciudad _____ Zip _____
	Referido por: _____ Médico Primario _____
	Seguro del Niño(a) _____
Comentarios: _____	

Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud Screener©FACCT		No	Sí En tal caso, conteste estas preguntas	¿Es esto a causa de CUALQUIER condición médica, conductual u otra condición de salud?	¿Es una condición que ha durado o se anticipa que dure <i>por lo menos</i> 12 meses?
1	¿Actualmente su niño usa o necesita <u>medicina recetada por un doctor</u> (excepto vitaminas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	¿Su niño necesita o usa más <u>atención médica, de salud mental o servicios educativos</u> que es usual para la mayoría de los niños de la misma edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3	¿Su niño está <u>limitado o impedido</u> de alguna manera en su capacidad de hacer las cosas que hace la mayoría de niños de su edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4	¿Su niño necesita o requiere <u>terapia especial</u> , tales como terapia física, ocupacional o del habla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5	¿Tiene su niño algún tipo de problema emocional, de desarrollo o conductual para el cual necesita o recibe <u>tratamiento o terapia de orientación</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ →	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Connecticut CYSHCN Índice de Complejidad DE HOGAR**



Adaptado de una herramienta similar desarrollada por Exeter Pediatric Associates y el Centro para Mejoras Médicas Domiciliares.

Categoría	Criterios (Califique cada categoría 0, 1 ó 2)	cuenta
Hospitalizaciones, Uso de Sala de Emergencia y Visitas a Especialistas (en el año pasado)	0 = Ningún servicio, actividad o motivo de preocupación 1 = 1 hospitalización, visita a Sala de Emergencia o especialista debido a la condición compleja 2 = 2 ó más visitas a Sala de Emergencia o especialista	
Visitas a Consultorio/y/o llamadas por teléfono (en el año pasado aparte de visitas de niño sano)	0 = Ningún servicio, actividad o motivo de preocupación 1 = 1-2 Visitas a consultorio de MD/llamadas a RN/coordinador de cuidados debido a la condición compleja 2 = 3 ó más visitas a consultorio o llamadas a MD	
Condición(es) Médica(s): Un diagnóstico o más	0 = Ningún servicio, actividad o motivo de preocupación 1 = 1-2 condiciones, sin complicaciones en relación con diagnóstico 2 = 1-2 condiciones con complicaciones o 3 ó más condiciones	
Cuidados y Servicios Adicionales en la oficina del médico de cabecera, el hogar, la escuela o entorno de la comunidad (vea <i>Servicios</i> )	0 = Ningún servicio, actividad o motivo de preocupación 1 = Un servicio de la lista abajo 2 = Dos o más servicios de la lista abajo ( <i>Servicios</i> : medicamentos/tecnologías médicas/evaluaciones terapéuticas/tratamientos/procedimientos y coordinación de actividades de atención médica)	
Motivos de preocupación en el aspecto Social	0 = Ningún servicio, actividad o motivo de preocupación 1 = Circunstancias familiares/escolares/sociales "De riesgo" 2 = Circunstancias complejas actuales/urgentes	
Puntuación Total de Complejidad		
FECHA de la Investigación		

## Iniciativa Médica Domiciliaria de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuido de Salud \*

### Lista de Necesidades



Completar este formulario si el niño o joven tiene una necesidad médica, conductista o física diagnosticada, la cual requiere más ayuda y apoyo que sus compañeros.

Nombre de Niño/a \_\_\_\_\_ Nombre Padre/Madre \_\_\_\_\_ Seguro Social de niño \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Respiro es el cuidado dentro o fuera del hogar con el propósito de dar alivio a la familia/cuidador de las responsabilidades medicas diarias del niño/a o joven con necesidades especiales.

*Contacte su coordinador de cuidado para más información sobre respiro pide el manual [Get Creative About Respite](http://www.GetCreative.AboutRespite.org) o visite al [FAVOR-CT.org](http://www.FAVOR-CT.org)*

<p><b>Cuidadores disponibles para satisfacer necesidades</b></p> <p>____ Niño o joven con necesidades especiales tiene más de un diagnostico medico, físico o conductivo.</p> <p>____ Más de un miembro de la familia viviendo en casa necesita más cuidado o apoyo.</p> <p>_____</p> <p>____ El cuidador primario está bien de salud.</p> <p>____ El cuidador primario esta pobre de salud física o emocional.</p> <p>_____</p> <p>____ El número de adultos disponibles para el cuidado del niño o joven con necesidades especiales.</p> <p>____ Número total de individuos viviendo en el hogar.</p> <p>____ Ingresos brutos totales del hogar.</p>	<p><b>Las fuentes de apoyos comunitarios durante los últimos 12 meses</b> (Marcar todo que aplica)</p> <p>____ La familia recibe apoyos del Departamento de Niños y Familias (DCF).</p> <p>____ La familia recibe apoyo o servicios de el Departamento de servicios de desarrollo (DDS/Department of developmental Services).</p> <p>____ El niño o joven recibe Servicios Voluntarios de DCF o DDS (Voluntary Services).</p> <p>____ El niño ha recibido servicio de Birth to Three.</p> <p>____ El niño recibe servicios de respiro en un centro de DDS. <b>durante los últimos 12 meses</b></p> <p>____ La familia recibió una adopción subsidiada.</p> <p>____ El niño o joven esta en renuncia Katie Beckett o Cualquier otra renuncia (Katie Beckett Waiver).</p> <p>____ El niño está matriculado en Tricare y opción Prolongada de salud de cuidado (ECHO).</p>	<p><b>Las fuentes de apoyos comunitarios durante los últimos 12 meses</b></p> <p>____ El niño o joven recibe servicios de ayudantes de salud en su hogar o enfermería en una base Semanal.</p> <p>____ El niño recibe servicios amplios de escuela o un Grupo comunitario.</p> <p>____ La familia recibió fondos de campamento <b>durante los últimos 12 meses</b></p> <p>____ La familia recibió fondos de respiro de <b>durante los últimos 12 meses.</b></p> <p>____ El Niño/a recibe apoyo de alguna organización comunitaria, SSL o algún otro apoyo. Favor de explicar.</p> <p>_____</p> <p>____ Indique cualquier otra información que desee Compartir.</p> <p>_____</p>
--	---	---



# Connecticut la Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud\*



## La Autorización para la Liberación de Forma Protegida de Salud Información

Los yo/nosotros que el abajofirmante por la presente autoriza cualquier y todos médicos, proveedores médicos, los centros médicos, los terapeutas, las escuelas, los servicios tempranos de la intervención, las compañías de seguro médico, y cualquier otra asistencia médica el profesional o la agencia implicaron en el cuidado de mi niño para comunicar con y/o con información de liberación, cuál puede incluir relacionar de información a médico, psiquiátrico, alcohol y dopaje, HIV/AIDS, la Enfermedad de la Célula de la Hoz, a cualquier o todo lo siguiente:

**La Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud Este**  
 United Community and Family Services, Inc.  
 47 Town Street  
 Norwich, CT 06360

**La Asociación Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud Norte Central**  
 Connecticut Children's Medical Center  
 282 Washington Street  
 Hartford, CT 06106

**La Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud Noroeste**  
 St. Mary's Hospital, Inc.  
 95 Scovill St., Pavilion B, 2<sup>nd</sup> Floor  
 Waterbury, CT 06706

**La Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud Sur Central**  
 Family Centered Services of CT  
 235 Nicoli St  
 New Haven, CT 06511

**La Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud Suroeste**  
 Stamford Hospital  
 30 Shelburne Road  
 Stamford, CT 06904

**La Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud CT Medical Home Initiative at FAVOR**  
 185 Silas Deane Highway  
 Wethersfield, CT 06109

**United Way of Connecticut 2-1-1/ Desarrollo de Niño Infoline**  
 1344 Silas Deane Highway  
 Rocky Hill, CT 06067

**CT Medical Home Initiative at Generations Family Health Center Inc.**  
 42 Reynolds St, Danielson, CT 06239  
 40 Mansfield Ave Willamantic, Ct 06226

El Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

La Fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mes      día      año

Especifique por favor el período de tiempo para la información que usted autoriza a ser revelado:

- Toda información mantuvo en tiempo por el discloser, o
- Información mantenida por el discloser de: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mes   día   año      mes   día   año

**Para el propósito de la evaluación y/o cuida coordinación --**

La confidencialidad de este registro es requerida bajo el Capítulo 866 del Connecticut los Estatutos Generales. La materia no será transmitida a nadie sin consentimiento o autorización escritos proporcionó como en los estatutos referidos.

Puedo revocar esta autorización en tiempo, menos a la acción de la extensión ha sido aceptado la dependencia sobre eso. Esta autorización, a menos que exprese revocó más temprano, **expira en un año de la fecha firmada**. Comprendo que la información soltada aquí puede ser susceptible a la re-revelación por el recipiente y poder ya no es protegido por prácticas de la intimidad de las facilidades susodicha o ley del derecho a la intimidad aplicable.

La Firma: \_\_\_\_\_ La Fecha: \_\_\_\_\_

La Firma: \_\_\_\_\_ La Fecha: \_\_\_\_\_

Si firmado por el representante personal de paciente, describe la autoridad legal del representante para actuar a favor del paciente: \_\_\_\_\_

Reconozco la oferta y/o el recibo de la Nota de Prácticas de Intimidad de todos proveedores actuales del cuidado. (HIPAA)

\*El Connecticut la Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jovenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud es un programa apoyado por del Departamento de Connecticut de Salud Publica. La información está disponible en su sitio web en [www.ct.gov/dph](http://www.ct.gov/dph).  
 8/31/15



**Iniciativa Médica Domiciliaria de Connecticut para  
Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud\*  
FAVOR**

**185 Silas Deane Highway  
Wethersfield CT 06109**

**Tel: 860-436-6544 Línea gratis: 855-436-6544  
Fax: 860-563-3961 Email: CTMedicalHome@FAVOR-CT.org**

<Date>

**Atención Familias:**

Hay fondos limitados disponibles para familias que tengan niños y jóvenes con necesidades especiales de cuidado de salud (NJNECS) para costear **servicios directos de respiro**. El propósito de respiro es proporcionar algún alivio a familias que cuidando de a niños y jóvenes con necesidades especiales de cuidado de salud. Estos servicios directos son de ser familia dirigida, con el proveedor y el lugar de los servicios de respiro determinados por la elección de la familia.

Los limitados fondos de respiro serán concedidos basado sobre de la necesidad de la familia.

**Para ser considerado para Fondos de Servicios de Respiro:**

- 1. Favor de completar la solicitud entera. Debe incluir el número de seguro social del padre e hijo y prueba de ingreso para ser elegible. Favor de enviar la solicitud a nuestra oficina dentro de el sobre con sello postal pre pagado.**

**Para más información por favor llame: CT Medical Home Initiative at FAVOR: 860-436-6544**

**FORMULARIO DE SOLICITUD A -- PETICIÓN DE FONDOS DE SERVICIO DE RESPIRO**

<b>Fecha</b>	
F. de N. :	
<b>Nombre del Niño(a)</b>	
<b>Nombres de otros niños en el Programa NJNECS</b>	
<b>Nombre de Padre/Tutor</b>	
<b># de Seguro Social de Padre/Tutor (required)</b>	
<b>Dirección</b>	
<b>Ciudad</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Teléfonos (Día)</b>	<b>(Noche)</b>
<b>Mejor hora para llamar</b>	<b>Email:</b>

\* La Iniciativa Médica Domiciliaria de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud es un programa patrocinado por el Depto. de Salud Pública del Estado de CT. Hay información disponible en su sitio web al: [www.dph.state.ct.us](http://www.dph.state.ct.us).