



Iniciativa de Hogar Médico 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		
Información de Niño/Niña				
Nombre: Apellido:		Primero:		
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento / /		# Seguro Social - - Requerido para ser elegible para fondos de respiro y servicios extendidos	
Dirección:				
Ciudad:		Estado:	Código Postal:	
Idioma preferido:				
Raza/Identidad Étnica				
Hispano/a SÍ NO				
Raza: Blanca Negra Asiática/Isleña del Pacífico Indígena Americana Otra (Especifique)				
Información de Padres/Tutor				
Nombre	# Tel. de casa	# Tel. de trabajo	# Tel. celular	Mejor hora para llamar
Madre:				
Padre:				
Otro:				
Correo Electrónico:				
¿Recibe su niño cualquiera de las siguientes cosas?				
Ingreso de Seguro Social SÍ NO				
Husky A	Husky B	Husky B+	Husky C	Katie Beckett Waiver Seguro Privado
Husky ID#		#de identificación de seguro privado:		
Otro apoyo financiero SÍ NO (En caso de sí, especifique la fuente*) _____				
(* p.ej., Fundación Fibrosis Quística, Subsidio Farmacéutico, MDA, UCP, Club de Leones, Shriner's, etc.)				
Es el niño/a mayor de 18 años?		¿Estudiante de tiempo completo?	¿Empleado?	
¿Programa de día?		¿Actualmente espera programa de día?	¿Vive en casa el Niño/a?	

<p>Iniciativa de Hogar Médico de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud* es un programa patrocinado por el Departamento de Salud Pública del Estado de CT. Hay información disponible en su sitio web al: www.ct.gov/dph/medicalhome</p>

Información de la Madre			
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		Ingreso del padre o SSI/SSDI	
Jubilación Mensual		Ingreso de la madre o SSI/SSDI	
Pensión Alimenticia Mensual		Ingreso Anual Total	
Apoyo mensual del niño		Número de niños viviendo en el hogar	
Asistencia Temporal para Familias Mensual		Número de adultos viviendo en el hogar	
Otro			
<u>POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE SU MÁS RECIENTE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS O CUATRO TALONARIOS DE SALARIO COMO PRUEBA DE SU INGRESO</u>			

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

Diagnóstico(s) del Niño

- 1. Diagnóstico Primario
- 2. Diagnóstico Secundario
- 3. Otra condición
- 4. Otra condición

Proveedor Primario de Cuidados de Salud del Niño

Nombre de Proveedor:		# Teléfono
Dirección postal de Proveedor:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Proveedor de Dentista del Niño

Nombre de Proveedor:		# Teléfono
Dirección postal de Proveedor:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

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, equipo especial, cuido 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



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..

Proveedor Principal de Cuidado Pediátrico 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 <u>por lo menos</u> 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 Domiciliarias.

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 Servicios)	0 = Ningún servicio, actividad o motivo de preocupación 1 = Un servicio de la lista abajo 2 = Dos o más servicios de la lista abajo (Servicios: 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		



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 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

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

* 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.

Connecticut la Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jóvenes 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 Jóvenes 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 Jóvenes 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 Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado Salud
Noroeste
St. Mary's Hospital, Inc.
95 Scovill St., Pavilion B, 2nd Floor
Waterbury, CT 06706

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

La Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jóvenes 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 Intimididad de todos proveedores actuales del cuidado. (HIPAA)

*El Connecticut la Iniciativa Médica de Hogar para Niños y Jóvenes 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.
8/31/15

**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 _____ 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 o visite al FAVOR-CT.org*

Cuidadores disponibles para satisfacer necesidades
 Las fuentes de apoyos comunitarios durante los últimos 12 meses
(Marcar todo que aplica)

<p>____ Niño o joven con necesidades especiales tiene más de un diagnostico medico, fisico o conductivo.</p> <p>____ Más de un miembro de la familia viviendo en casa necesita más cuidado o apoyo.</p> <p>____ El cuidador primario está bien de salud.</p> <p>____ El cuidador primario esta pobre de salud fisica o emocional.</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>____ 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. durante los últimos 12 meses</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>____ 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 durante los últimos 12 meses</p> <p>____ La familia recibió fondos de respiro de durante Los últimos 12 meses.</p> <p>____ El Niño/a recibe apoyo de alguna organización comunitaria, SSI o algún otro apoyo. Favor de explicar.</p> <p>Indique cualquier otra información que desee Compartir.</p>
---	---	--