



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 <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
Husky A	Husky B	Husky B+	Husky C	Katie Beckett Waiver Seguro Privado
Husky ID#	#de identificación de seguro privado:			
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.)				
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?

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

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 MÁZ 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 de Hogar Médico de CT para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud Hoja de Cerramiento e Índice de Complejidad



Revisado 6.2022

Nombre del Proveedor Principal de Cuidado Pediátrico Dirección Nº de Teléfono Fax Correo electrónico Para ser insertado aquí	Nombre del Niño(a) (primero) _____ (apellido) _____	Fecha de Nacimiento: _____	
	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro: _____	Pronombre preferido de niño(a): _____	
	Raza/etnicidad del Niño(a): _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Nombre del Guardian: _____	
	Dirección: _____	Ciudad: _____	Zip: _____
	Número de teléfono: _____	Idioma primario: _____	
	Seguro del Niño(a): _____	Diagnostico Primario: _____	
# de seguro: _____	Referido Por: _____		

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)? your	<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"/> Sí <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 Medicas 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/coordinadora de cuidados debido a la condición compleja 2 = 3 o 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:	Completado Por:	

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



Iniciativa de Hogar Médico de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud*



Autorización para Divulgación de Información Médica Protegida

Yo/nosotros abajo firmante(s) por este medio autorizo/autorizamos que todos los médicos, proveedores médicos, facilidades médicas, terapeutas, escuelas, servicios de intervención temprana, compañías de seguro médico, y cualquier otro profesional o agencia de cuidado de salud involucrado en el cuidado de mi hijo(a), se comunique con y/o divulgue información, la cual puede incluir información relacionada con lo médico, psiquiátrico, abuso de alcohol, y drogas, HIV/SIDA, Anemia Drepanocítica (Sickle Cell) a cualquiera o todos los siguientes:

Iniciativa de Hogar Médico de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud:

- Region Norte Central: Connecticut Children’s Medical Center, Center for Care Coordination
- Region Este: United Community and Family Services, Inc.
- Region Este: Generations Family Health Center, Inc
- Region Noroeste: St. Mary’s Hospital, Inc.
- Region Sur Central: Family Centered Services of CT
- Region Suroeste: Stamford Hospital
- Iniciativa de Hogar Médico de Connecticut en FAVOR

Otro:

- United Way of Connecticut 2-1-1 Infoline Child Development Infoline
- _____

Nombre de niño/a: _____ Fecha de nacimiento:

mm	dd	aa

Por favor especifique el período de tiempo en que usted autoriza la divulgación de la información:

- Toda información mantenida en cualquier momento por el revelador, o

Información mantenida por el revelador desde:

mm	dd	aa

 al:

mm	dd	aa

Para el propósito de evaluación y/o coordinación de cuidado –

La confidencialidad de este expediente es requerida bajo Capítulo 19a-25 de las Leyes Generales de CT. El material no se transmitirá a nadie sin el consentimiento o autorización por escrito conforme a las antedichas leyes.

Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto al grado que se hubiese tomado acción basado en ello. Esta autorización, a menos que se hubiese revocado anteriormente, **vence un año después de la fecha cuando se firmó**. Yo comprendo que la información divulgada aquí podría estar sujeta a re-divulgación por el receptor y podría dejar de estar protegida por las prácticas de privacidad de las facilidades arriba indicadas o la ley de privacidad aplicable.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si un representante personal del paciente firma, describa la autoridad legal del representante para actuar en nombre del paciente:

Reconozco recibo y/o el ofrecimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad de todos los proveedores de cuidado actuales. (HIPAA)

Firma: _____ Fecha: _____



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**

Atención Familias:

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

Los fondos limitados 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 prepagado.**

Para más información por favor llame: Iniciativa de Hogar Médico de FAVOR: 860-436-6544

FORMULARIO DE SOLICITUD A – PETICIÓN DE FONDOS DE SERVICIO DE RESPIRO

Fecha	
Fecha de Nacimiento:	
Nombre del Niño(a)	
Nombres de otros niños en el Programa NJNECS	
Nombre de Padre/Tutor	
# de Seguro Social de Padre/Tutor (necesario)	
Dirección	
Ciudad	Código Postal
Teléfonos (Día)	(Noche)
Mejor hora para llamar	Correo Electrónico:

*Iniciativa de Hogar Médico 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.ct.gov/dph/medicalhome . 11.2020



Iniciativa de Hogar Médico 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.favor-ct.org) o visite al [WWW.FAVOR-CT.ORG](http://www.favor-ct.org)

Cuidadores disponibles para satisfacer necesidades

Las fuentes de apoyos comunitarios durante los últimos 12 meses

Las fuentes de apoyos comunitarios durante los últimos 12 meses

Sección 1

___ Niño o joven con necesidades especiales tiene más de un diagnóstico médico, físico o conductivo.
 y/o
 ___ Más de un miembro de la familia viviendo en casa necesita más cuidado o apoyo.

Sección 2

___ El cuidador primario está bien de salud.
 o
 ___ El cuidador primario esta pobre de salud fisica o emocional.

Sección 4 (Marcar todo que aplica)

___ La familia recibe apoyos del Departamento de Niños y Familias.
 ___ La familia recibe apoyo o servicios del Departamento de servicios de desarrollo.
 ___ El niño o joven recibe Servicios Voluntarios de DCF o DDS.
 ___ El niño ha recibido servicio de Birth to Three.
 ___ El niño recibe servicios de respiro en un centro de DDS.
 ___ La familia recibió una adopción subsidiada.
 ___ El niño o joven está en renuncia Katie Beckett o Cualquier otra renuncia.
 ___ El niño está matriculado en Tricare y opción y Prolongada de salud de cuidado (ECHO).

Sección 4 continúe (Marcar todo que aplica)

___ El niño o joven recibe servicios de ayudantes de salud en su hogar o enfermería en una base Semanal.
 ___ El niño recibe servicios amplios de escuela o un grupo comunitario.
 ___ La familia recibió fondos de campamento de _____
 ___ La familia recibió fondos de respiro de _____
 ___ El niño/a recibe apoyo de alguna organización comunitaria, SSI o algún otro apoyo.

Sección 3

___ El número de adultos disponibles para el cuidado del niño o joven con necesidades especiales.
 y
 ___ Número total de individuos viviendo en el hogar.
 y
 ___ Ingresos brutos totales del hogar.

Indique cualquier otra información que desee Compartir.

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