

## **Aplicación de Admisión para Infantes y Niños menores de 3 años de Edad**

Esta aplicación es para asistir al Centro Regional para determinar la elegibilidad para el programa de Intervención Temprana (Early Start) de California. Familias cuyos infantes o niños tienen un retraso de desarrollo o discapacidad o una condición de riesgo, establecida con una alta probabilidad en resultar en retraso podrá ser elegible de recibir “Intervención Temprana (Early Start)” en California. Equipos de coordinadores de servicio, proveedores de cuidado de salud, especialistas de intervención temprana, terapeutas y padres especialistas en recursos evalúan y analizan infantes o niños y proveen intervención temprana apropiada y servicios de apoyo de familia para niños de nacimiento a tres años de edad.

Elegibilidad para Intervención Temprana (Early Start) es basada en que un infante o niño hasta los 36 meses de edad tenga uno o más de los criterios enumerados a continuación:

1. Un retraso de 33% o más en una o más áreas de desarrollo antes de los 36 meses
2. Una condición de riesgo establecida. Esto es una condición de etiología conocida que tiene una alta probabilidad en resultar en un retraso de desarrollo, y/o discapacidad
3. Alto riesgo de discapacidad del desarrollo debido a una combinación de dos o más factores de riesgo

Para determinar la elegibilidad de su niño, el Centro Regional completará evaluaciones para analizar el nivel de desarrollo de su hijo/a. Esto puede consistir de una evaluación de desarrollo, y para un niño mayor de 18 meses, también una evaluación de habla y lenguaje. Adicionalmente, una revisión de historia y expedientes médicos de su hijo/a es requerido para clarificar condiciones médicas de alto riesgo.

Esta aplicación contiene las formas necesarias y requeridas para que el Centro Regional inicie el proceso de evaluación. Determinación de elegibilidad de Intervención Temprana (Early Start) puede tomar hasta 45 días.

### **Para empezar el proceso, complete la aplicación como sigue:**

1. Completar aplicación (Paginas 1 a 3) con exactitud. La colección de información de esta aplicación esta requerida por el Departamento de Discapacidades de Desarrollo del estado de California.
2. Firme el consentimiento para la evaluación y servicios. El proceso de evaluación no puede empezar antes del comprobante de su consentimiento por escrito.
3. Imprimir, firmar y someter la aplicación y la forma de consentimiento al departamento de Admisión de Intervención Temprana (Early Start).

### **Para someter la aplicación seleccione uno de los siguientes:**

1. Escanear los documentos y mandarlos como un adjunto en correo electrónico a:  
IntakeUnderAge3@westsiderc.org
2. Mandar los documentos por Fax a (310) 258 4059
3. Mandar por correo a la dirección Westside Regional Center, Intake Under Age 3, 5901 Green Valley Circle, Suite 320, Culver City, CA 90230
4. Dejar todos los documentos con la recepcionista en el Centro Regional

Gracias por su interés en el programa de intervención temprana en el Westside Regional Center. Preguntas sobre la aplicación pueden ser dirigidas a Sonia Garcia al (310) 258 4120. Puede encontrar más información sobre el programa de Intervención Temprana de California en [www.dds.ca.gov/EarlyStart](http://www.dds.ca.gov/EarlyStart).

POR FAVOR CONSERVE ESTA PAGINA PARA SU ARCHIVOS.

## Westside Regional Center Aplicación de Intervención Temprana para bebés y niños menores de tres años

### Información del niño(a): Por favor provea información completa acerca del niño(a) siendo referido(a)

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad en meses: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Idioma preferido para comunicarse con el centro regional: \_\_\_\_\_

Etnicidad: \_\_\_\_\_ Número de seguro Social: \_\_\_\_\_

¿Con quien vive el niño(a)?  Padres  Solo Madre  Solo Padre  Padres de crianza  Proveedor \_\_\_\_\_  
(specifica)

Domicilio: \_\_\_\_\_

Información de la madre				Información de padre			
Nombre		Inicial:		Nombre:		Inicial:	
Apellido				Apellido:			
Nombre de soltera:							
Dirección:				Dirección:			
Ciudad:		Estado:		Ciudad:		Estado:	
Código Postal:				Código Postal:			
Correo electrónico:				Correo electrónico:			
Numero de Casa:	( )			Numero de Casa:	( )		
Numero de Trabajo:	( )			Numero de Trabajo:	( )		
Numero de Celular:	( )			Numero de Celular:	( )		
Idioma Principal:				Idioma Principal:			
Fecha de nacimiento:				Fecha de nacimiento:			
Discapacitado:	S / N	Fecha:		Discapacitado:	S / N	Fecha:	
Fallecido:	S / N	Fecha:		Fallecido:	S / N	Fecha:	
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		

Lista de todos los miembros de familia, incluyéndote a ti mismo, quien vive con el niño(a):

Nombre Relación Fecha de nacimiento

---



---



---



---

¿Quién es la persona legalmente responsable que nosotros podríamos contactar respecto a esta aplicación?

Nombre Relación Número de teléfono Correo electrónico:

Favor de proporcionar información sobre la persona, agencia, u oficina que hizo la referencia.

Nombre de Agencia/Persona Número de Teléfono Correo Electrónico

¿El niño (a) ha recibido servicios o una evaluación en otro centro regional?  Sí  No

Si indica que "sí," favor de indicar el nombre del centro regional: \_\_\_\_\_

**Seguro:** Marque todas las que aplican, incluir nombre del plan y llevar todas las tarjetas de benefició a su cita.

Medi-Cal #: \_\_\_\_\_  HMO \_\_\_\_\_  cargo por servicio  
(Nombre del plan)

Seguro privada: \_\_\_\_\_  HMO \_\_\_\_\_  PPO \_\_\_\_\_  
(Nombre del plan) (Nombre del plan) (Nombre del plan)

### Historia Médica

Peso de nacimiento \_\_\_ Gestación \_\_\_ ¿Estuvo en la unidad de cuidado intensivo/ complicaciones al nacer?  Sí  No

Describe cualquier complicación de nacimiento: \_\_\_\_\_

El niño(a) tiene algún diagnostico o condición médica?  Sí  No ¿El niño(a) tiene algún deterioro visual?  Sí  No

Describe la discapacidad \_\_\_\_\_

Describe las mejores cualidades del niño(a): \_\_\_\_\_

Por favor describa sus mayores preocupaciones con el desarrollo del niño(a):

### Desarrollo del lenguaje

¿Cuántas palabras dice el niño(a)? \_\_\_\_\_ ¿El niño(a) combina palabras?  Sí  No

¿A qué edad (en meses) dijo su primera palabra? \_\_\_\_\_ ¿Ha perdido el niño(a) habla?  Sí  No

¿El niño(a) entiende y sigue instrucciones?  Sí  No ¿Se le ha evaluado la audición al niño (a)?  Sí  No

¿El niño(a) responde a su nombre?  Sí  No ¿Resultados de la prueba de audición?  Paso  No paso

Describe cualquier preocupación: \_\_\_\_\_

### Desarrollo Físico

Indique la edad en meses cuando el niño(a) pudo hacer lo siguiente: Rodar de lado a lado: \_\_\_\_\_ Sentarse sin apoyo: \_\_\_\_\_

Gatear: \_\_\_\_\_ Pararse por sí solo: \_\_\_\_\_ Camina sosteniéndose de muebles: \_\_\_\_\_ Caminar sin ayuda: \_\_\_\_\_

Describe cualquier preocupación: \_\_\_\_\_

### Desarrollo Social/ comportamiento

Describe cualquier preocupación sobre la interacción social y/o comportamiento del niño(a):

### Información De Los Doctores Para Pedir Archivos Médicos

Indique el nombre e información de contacto de hospital de nacimiento o NICU del niño(a), doctor actual y/o cualquier otro especialista médico.

Nombre de la unidad de cuidados intensivos de parto y Neonatal (NICU): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Medico actual				Otros médicos/especialistas (neurólogo, genetista)			
Nombre		MI		Nombre		MI	
Apellido				Apellido			
Dirección:				Dirección:			
Ciudad		Estado		Ciudad		Estado	
Código Postal				Código Postal			
Correo Electrónico				Correo Electrónico			
Número de la oficina	( )			Número de la oficina	( )		
Especialidad				Especialidad			

Otros médicos/especialistas (neurólogo, genetista)				Otros médicos/especialistas (neurólogo, genetista)			
Nombre		MI		Nombre		MI	
Apellido				Apellido			
Dirección:				Dirección:			
Ciudad		Estado		Ciudad		Estado	
Código Postal				Código Postal			
Correo Electrónico				Correo Electrónico			
Número de la oficina	( )			Número de la oficina	( )		
Especialidad				Especialidad			

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma de padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Complete la aplicación y envíe todos los documentos al correo electrónico de: [IntakeUnderAge3@westsiderc.org](mailto:IntakeUnderAge3@westsiderc.org), por fax al (310) 258 4059, por correo a: Westside Regional Center, Intake Under Age 3, 5901 Green Valley Circle, Suite 320, Culver City, CA 90230, o déjala en la recepción al: Westside Regional Center.  
Preguntas de la aplicación llame a: Sonia Garcia al (310) 258 4120.

**CENTRO REGIONAL WESTSIDE**  
**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA ASESORAMIENTO**

**Información de Identificación**

Niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ UCI# \_\_\_\_\_

Idioma en el Hogar \_\_\_\_\_ Agencia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Consentimiento Para Asesoramiento**

Estimado Padre o Guardián:

Su hijo/a ha sido referido para una evaluación individual para determinar si su hijo/a necesita comenzar o continuar recibiendo servicios de intervención temprana de parte de las agencias participantes en el Programa Comenzar Temprano. El asesoramiento ayudará a identificar las destrezas de su niño/a y las áreas donde necesita ayuda. El asesoramiento puede incluir: 1) observación de su hijo/a en el hogar o en otro lugar apropiado.; 2) una entrevista con Ud./s; 3) revisión de reportes médicos y otros que usted haya estado de acuerdo en compartir; y 4) examen usando la prueba de destrezas Denver II y Bayley II.

El asesoramiento puede ser conducido en una o todas las siguientes áreas:

- Desarrollo Cognoscitivo
- Desarrollo físico, incluyendo el examen óptico más reciente, oído y estado de salud
- Desarrollo de comunicación (lenguaje expresivo y receptivo)
- Desarrollo social/emocional
- Desarrollo adaptivo

Asesoramiento de las necesidades de la familia: *El Plan de Servicio Familiar Individual (Individual Family Service Plan {IFSP})* es necesario, con la concurrencia de la familia, para incluir una declaración de las preocupaciones de la familia, prioridades y recursos relacionados en aumentar el desarrollo del niño/a.

**Los asesoramientos pueden cumplirse por:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psicólogos (PS)                                   | <input type="checkbox"/> Maestro/a (T)   | <input checked="" type="checkbox"/> Terapeuta Físico (PT)            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Especialista del habla y lenguaje (SL) | <input checked="" type="checkbox"/> Especialista de Personas<br>Con Impedimentos del oír (H) | <input checked="" type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional (OT)       |
| <input type="checkbox"/> Maestro de Personas con impedimentos<br>Visuales  | <input type="checkbox"/> Enfermera/o (N)   | <input type="checkbox"/> Instructor de Orientación/Movilización (OM) |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental de la Comunidad (CMH)                | <input type="checkbox"/> Médico  | <input type="checkbox"/> Especialista de Intervención Temprana (EIS) |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____                         |  |  |

Doy mi consentimiento para una evaluación/Asesoramiento de mi hijo/a con el propósito de determinar elegibilidad y/o determinar necesidades para intervención temprana.

Doy mi consentimiento para un asesoramiento de las Necesidades de la Familia. Esta información será incluida en el IFSP (Plan de Servicio Familiar Individual) para ayudar a identificar prioridades, necesidades y recursos de la familia relacionados con mi hijo/a.

Tengo entendido que los resultados se mantendrán confidenciales y que estaré invitado/a a atender la reunión del IFSP (Plan de Servicio Familiar Individual) para discutir los resultados del asesoramiento. Tengo también entendido que ningún servicio resultará sin mi permiso por escrito.

Firma del Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Miembro Del Equipo del IFSP \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_

Agencia \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_