|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Niño: | Fecha de Nacimiento: |
| Masculino  Femenino | Número de Seguro Social: |
| Fecha de Colocación o Colocación Sugerida: | TWIST #: |
| Condado de Hogar: | Condado de Colocación: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Información de la Colocación**  **(Si el niño es médicamente frágil, llene la página 3)** | | | |
| ¿El niño está siendo colocado en un hogar de recurso de DCBS?  Sí  No | Básico  Avanzado  Cuidado Suplementado | Médicamente Frágil  (Básico, Avanzado (Enfermero con Licencia para Practicar (LPN)), Título (Enfermero Registrado (RN)/ Doctor en Medicina (MD))  Albergue de Emergencia | |
| ¿El niño está siendo colocado en una Agencia Privada de Cuidado Infantil o Colocación Infantil?  Sí  No | Cuidado Privado de Crianza Temporal  Residencial | | |
| Nombre de la Colocación:  Dirección:  Número de Teléfono: | Pariente  Vida Independiente  (ILP)  Apoyo para Vivir en  Comunidad  (SCL) | | Hospital Psiquiátrico  Colocación Fuera del  Estado  Otros |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cuidado de la Salud Física y Conductual** | | | | | | |
| **Tipo de Proveedor** | **Nombre del Proveedor/Especialista** | **Diagnóstico/ Condición** | | **Número de Teléfono** | **Fecha del último examen** | **Fecha de la próxima visita** |
| Médico de Atención Primaria |  |  | |  |  |  |
| Optometrista |  |  | |  |  |  |
| Dentista |  |  | |  |  |  |
| Terapeuta |  |  | |  |  |  |
| Otros |  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| **¿El niño recibe en la actualidad alguna de las siguientes?** Si la respuesta es sí, escriba el nombre del proveedor y número de teléfono. | | | | | | |
| Terapia del Habla:  Sí  No  N/A | | |  | | | |
| Terapia Ocupacional:  Sí  No  N/A | | |  | | | |
| Terapia Física:  Sí  No  N/A | | |  | | | |
| Intervencionista del Desarrollo:  Sí  No  N/A | | |  | | | |
| Salud en el Hogar:  Sí  No  N/A | | |  | | | |
| Primeros Pasos:  Sí  No  N/A | | |  | | | |
| Equipo Médico Duradero:  Sí  No  N/A | | | Describir: | | | |
| Liste todas las alergias conocidas: | | | | | | |
| Nombre de la farmacia y número de teléfono: | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿El niño está actualmente hospitalizado?  Sí  No | Si la respuesta es sí, explique las circunstancias de la hospitalización y fecha prevista en que se dará de alta: |
| Nombre del hospital: | Nombre y número de teléfono de la persona de contacto del hospital: |
| Liste cualquier hospitalización previa. Explique las circunstancias de la hospitalización, duración de la estancia, fecha de salida, nombre del hospital y médico tratante: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Información de Medicamentos Actuales** | | | |
| **Nombre del Medicamento** | **Dosis** | **Frecuencia** | **Fecha de resurtido** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Están las vacunas al día?  Sí  No | Nombre/número de teléfono de quien proporcionó las vacunas: |

|  |
| --- |
| Por favor escriba cualquier historial físico o de comportamiento que no se ha indicado anteriormente.  Incluya aquí información pertinente al nacimiento. En esta sección, favor de documentar las razones para solicitar el programa médicamente frágil. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Organización de Atención Médica Administrada (MCO): |  |
| Coordinador de la Organización de Atención Medica Administrada de la región /Número de teléfono: |  |
| Fecha inicial de ingreso: | Fecha de Reingreso: |
| ¿El niño tiene seguro médico privado o suplementario? Si la respuesta es sí, escriba el nombre del proveedor. | Sí No |
| ¿El niño recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? | Sí No |
| Firma de la persona que proporciona la información: |  |

Nombre (escrito claramente) del empleado del DCBS Firma

Número de teléfono Fecha

**Deténgase aquí, AL MENOS QUE solicite una designación para ayuda a personas médicamente frágiles**

|  |  |
| --- | --- |
| **Esta sección debe ser completada ÚNICAMENTE si solicita una designación para ayuda a personas médicamente frágiles** | |
| Nombre, dirección y número de teléfono de la colocación para personas médicamente frágiles de DCBS: | Programa Básico para personas Médicamente Frágiles  Programa Avanzado para personas Médicamente Frágiles (Enfermero con Licencia para Practicar)  Programa con grado para personas Médicamente frágiles (Enfermero Registrado/Doctor en Medicina)  Programa Especializado Avanzado para personas Médicamente Frágiles (según la sección de apoyo médico)  Programa Especializado con Grado para personas Médicamente Frágiles (Según la sección de apoyo médico) |
| Nombre, dirección y número de teléfono de la agencia Privada de Colocación Infantil (PCP, por sus siglas en inglés) y padres de crianza:  \*La agencia tiene que tener una licencia para personas médicamente frágiles | Nombre, dirección y número de teléfono de la agencia Privada de Cuidado Infantil (PCC, por sus siglas en inglés):  \* Se requiere de la agencia un plan detallado que describa cómo se cumplirán con las necesidades del niño/joven. |
| Otro nombre, dirección y número de teléfono:  \*Se requiere un plan detallado que describa cómo se cumplirán con las necesidades del niño/joven. | Parientes/Familiares  Vida Independiente (ILP)  Apoyo para Vivir en Comunidad (SCL)  Hospital Psiquiátrico  Colocación Fuera del Estado |
| ¿Los padres de crianza han completado todos los requisitos de capacitación para personas médicamente frágiles?  Sí  No | ¿Los padres de crianza tienen vigentes los certificados de primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar (CPR) para bebés, niños, adultos?  Sí  No |
| **Si solicita una designación para personas médicamente frágiles, favor asegurarse que todo el documento sea enviado al coordinador correspondiente de la región para el programa de ayuda a persona médicamente frágiles.**  **Favor de incluir:**   1. **Cualquier historial médico disponible** 2. **Copia de la orden de custodia del tribunal** 3. **Permiso verbal para revelar información, formulario M001-CCSHCN**   **Referido de la Comisión para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica (CCSHCN)**  Luego de ser recibido el referido, el niño/joven será inscrito en la Comisión para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica, Programa de Cuidado de Crianza para personas médicamente frágiles. La presentación de este formulario de referencia constituye el reconocimiento al Aviso de Prácticas de Privacidad de la Comisión para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica, publicadas en el Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia (CHFS) en el <http://chfsnet.ky.gov/ccshcn/FosterCare.htm>; y su consentimiento para los servicios. Si se determina que el niño/joven será beneficiado por los servicios especiales de la clínica, a través del programa tradicional de la Comisión para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica, una solicitud formal de la Comisión para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica para servicios deberá ser completada.  SRA /Designado Firme y Escriba su nombre claramente Fecha  FSOS Firme y Escriba su nombre claramente Núm. de teléfono Fecha  Trabajador de Servicio Social Firme y Escriba su nombre claramente Núm. de teléfono Fecha    Coordinador del programa Salud Frágil Firme y Escriba su nombre claramente Fecha  Enfermero Asesor de CCSHCN Firme y Escriba su nombre claramente Fecha  He sido consultado acerca del niño/joven para su posible consideración como médicamente frágil. | |