

Bloomington, Edina, Richfield, Eden Prairie
El Programa de Seguimiento

Nombre del niño _____ Género: M F

Fecha de nacimiento del niño _____ Fecha de nacimiento de la mamá _____

Semanas de gestación _____ peso al nacer _____ Graduado del NICU?: S N

Identificación étnica _____

Idioma que hablan en la casa _____ Necesitan interprete?: S N

Hospital _____

El Nombre del Médico del niño _____

Clínica _____

Seguro de Salud _____

Cuando su niño nació le hicieron el examen de los oídos? S N

Si contesto si tiene alguna preocupación? S N

Quien lo referió al programa de Seguimiento? _____

Guardián de niño: ___ambos padres ___mamá ___papá ___otra persona

Nombre del guardián/es _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____

Otra persona (que no sean los padres) quien sabrá donde estará el niño:

Nombre _____ Cómo conoce al niño? _____

Su dirección _____ Ciudad _____

Número telefónico _____ Código Postal _____

Quiere información acerca de los siguientes programas que forman parte del Departamento de Salud Comunitaria:

___ Clinica para Adolescentes

___ Clinica de Vacunas

___ WIC (mujeres, infantes y niños) Educación sobre nutrición y comidas suplementarias y recursos en la comunidad

___ Suplementarias y recursos en la comunidad

Tiene alguna preocupación acerca de?

___ Salud

___ Desarrollo de su hijo (a)

___ Estres familiar

FOR OFFICE USE ONLY

Asegurese que firmó el permiso al otro lado de esta hoja

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO PERMISO DE INSCRIPCIÓN

El Programa de Seguimiento, auspiciado por el Departamento de Salud de Minnesota y por la agencia local a cargo de la coordinación del programa en el área/condado donde vivo, se me ha explicado verbalmente. También he recibido un folleto con la información sobre cómo funciona el programa al igual que información sobre cómo comunicarse con la agencia legal encargada de coordinar el programa que en adelante en este documento se denominará Agencia Administradora. Con las siguientes condiciones,

Yo acepto inscribir a _____, _____, en el Programa de Seguimiento.
(Nombre del niño) (Fecha de nacimiento mes/día/año)

MIS RESPONSABILIDADES

- ✓ Entiendo que mi participación en el Programa de Seguimiento es totalmente voluntaria. No tengo ninguna obligación legal de suministrar los datos solicitados. Sin embargo, al no suministrarlos, tampoco podré participar en el programa.
- ✓ Participaré en una visita al hogar, la oficina, la clínica o vía telefónica por parte de una enfermera o especialista en el desarrollo quien compartirá información conmigo acerca del Programa de Seguimiento, salud familiar y servicios disponibles en mi comunidad.
- ✓ Completaré los cuestionarios relacionados con el crecimiento de mi niño y su desarrollo a diferentes edades, por ejemplo, 4, 8, 12, 16, 20, 24, y 36 meses de edad. Devolveré los cuestionarios a la Agencia Administradora. (Entiendo que se me puede pedir que complete algunos de los cuestionarios después de que mi niño llegue a cierta edad en caso de que haya nacido prematuro.)

MIS DERECHOS

- ✓ Yo puedo rehusarme a estar de acuerdo. Si no estoy de acuerdo, mi niño no participará en el Programa de Seguimiento, pero continuaré teniendo derecho a otros servicios.
- ✓ Puedo sacar a mi niño del programa cuando quiera. Para ello debo comunicarle a la Agencia Administradora que no deseo continuar con el Programa de Seguimiento.
- ✓ Se me informará acerca de los resultados del cuestionario sobre mi niño después de que lo califiquen. Si los resultados del cuestionario no están dentro del rango normal, un profesional se comunicará conmigo para hablar sobre los pasos a seguir.
- ✓ Tendré acceso a toda la información obtenida acerca de mi familia a través del Programa de Seguimiento.

MI CONSENTIMIENTO PARA HACER PÚBLICA LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

- ✓ La información médica y personal acerca de mi niño y mi familia, además de la información en los cuestionarios sobre el desarrollo, puede compartirse entre el Dr. _____ (Nombre del médico del niño), la Agencia Administradora y los servicios de intervención temprana a través del distrito escolar (Nombre del Distrito Escolar) _____ con el fin de evaluar las inquietudes en cuanto a la salud y el desarrollo que surjan del Programa de Seguimiento.
- ✓ La Agencia Administradora puede o no solicitar el número del seguro social de mi niño. No tengo la obligación legal de suministrar el número del seguro social de mi niño. Sin embargo, al suministrar esta información, la Agencia Administradora podrá hacerle un seguimiento más efectivo a la historia médica de mi niño con el Programa de Seguimiento.
- ✓ La información en el Programa de Seguimiento, la cual no incluye información identificable, como son los nombres, direcciones o números telefónicos, se puede usar a nivel regional o estatal para facilitar la planificación de los servicios de intervención temprana y la evaluación del programa.
- ✓ La información privada acerca de mi niño o mi familia, no será compartida con ninguna persona o agencia sin mi autorización previa por escrito.
- ✓ Si nos trasladamos a un condado que tenga el Programa de Seguimiento o un programa similar, acepto que se pueda enviar la información a nuestro nuevo condado sin necesidad de una autorización adicional.

Firma del padre/la madre/el responsable legal _____ (Fecha) _____

A solicitud del interesado, esta información está disponible en otros formatos como Braille, letra grande o audiocintas.