

**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 nacio le hicieron el examen de los oidos? S N

Si contesto si tiene alguna preocupación? S N

Quien to 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.