

*****Todas las paginas deben estar completada y enviadas o la remisión no será aceptada. *****



Remisión de Martha's Place

Fecha: _____ English Speaking Spanish Speaking Other Language

¿El niño es parte de la corte? Si / No Trabajador Social _____ Teléfono _____

Nombre de niño/a _____ SS# o Medi-Cal # _____

Masculino / Femenino Prematuro Si / No Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Información de la madre biológica: ¿La madre biológica tiene alguna relación con este niño? Si / No

Nombre _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

Información del padre biológico: ¿El padre biológico tiene alguna relación con este niño? Si / No

Nombre _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

Padre adoptivos/ Guardián Legal _____ Relación con el niño/a _____
(Si es diferente a la información de arriba)

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

¿Quién es el guardia legal y/o cual es el acuerdo de custodia? **Por favor incluya documentos de corte si es aplicable.*

Exposición Prenatal, si es aplicable (especifique substancia si la sabe): _____

Si el niño/a esta en Foster care, por favor indique la razón: _____

Información Requerida: (Por favor indique la ciudad y código postal)

Hospital de nacimiento: _____ Dirección: _____

Doctor de obstétrico /Clínica para el cuidado prenatal de la madre: _____

Fecha de nacimiento de Madre: _____

Nombre de pediatra/clínica: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Previo nombre de Pediatra/ Clínica (si es aplicable): _____ Teléfono: _____

Nombre de hospital de emergencia/ hospitalizaciones: _____

Especialista Medical: _____

Servicios Centro Regional de Tres Condados/ Early Start : Ha sido evaluado el niño/a por un programa de Early Start? Si / No Titular de derechos de ED (Nombre requerido): _____

Remisión de Martha's Place Cont'd

Persona dando remisión: _____ Teléfono: _____

Agencia o relación con niño/a: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Por favor marque cualquiera de las agencias en que el niño que está refiriendo está involucrado:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios de Bienestar de Niños | <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Servicios Directos CAPSLO |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Droga y Alcohol | <input type="checkbox"/> Centro de Kinship | <input type="checkbox"/> CAPSLO Servicios Sin Hogar |
| <input type="checkbox"/> Centro de Desarrollo de Niños | <input type="checkbox"/> Refugio Para Mujeres | <input type="checkbox"/> Family Care Network |
| <input type="checkbox"/> Centro de Asistencia Para Testigo de Victima | <input type="checkbox"/> CCS | <input type="checkbox"/> SART |

Public Health – Nombre de enfermera: _____

Escuela/Prescolar (Nombre requerido): _____

Proveedor de cuidado infantil/ guardería (Nombre requerido): _____

Otro: _____

Por favor marque las preocupaciones que tiene para el niño/a:

Para Infantes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad con comer o ser alimentado | <input type="checkbox"/> Escupe frecuentemente | <input type="checkbox"/> Fácilmente sobresaltado |
| <input type="checkbox"/> Dobla hacia atrás cuando lo levantan | <input type="checkbox"/> Ansioso | <input type="checkbox"/> Dificultad con inicio a dormir |
| <input type="checkbox"/> Dificultad manteniéndose dormido/a | <input type="checkbox"/> Sensible al ruido o tocar | <input type="checkbox"/> Expresión facial limitada |
| <input type="checkbox"/> Lloro frecuentemente o intensamente | <input type="checkbox"/> Dificultad calmarlo | <input type="checkbox"/> Resiste confort del cuidador |
| <input type="checkbox"/> Gira la cabeza lejos del cuidador/ dificultad al hacer contacto al ojo | | |
| <input type="checkbox"/> Por favor, indique cualquier otra preocupación: _____ | | |

Para niños de 1-5 años:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Difícil de consolar | <input type="checkbox"/> Temeroso |
| <input type="checkbox"/> Dificultada con transiciones | <input type="checkbox"/> Enojo/Irritación | <input type="checkbox"/> Pocos o ningún amigo |
| <input type="checkbox"/> Muchos berrinches | <input type="checkbox"/> Retirado | <input type="checkbox"/> Impulsividad |
| <input type="checkbox"/> Lloro frecuentemente | <input type="checkbox"/> Moja Cama | <input type="checkbox"/> Hiperactividad |
| <input type="checkbox"/> Falta de contacto al ojo con todos | <input type="checkbox"/> Apegado/No se separa | <input type="checkbox"/> Ansioso |
| <input type="checkbox"/> Demasiado amigable con extraños | <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Retrasos de Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Poco interés en jugar con otros niños | <input type="checkbox"/> Dificultad con sueño | |
| <input type="checkbox"/> Por favor, indique cualquier otra preocupación: _____ | | |

Por favor envíe por Fax a Martha's Place al (805) 781-4962

Para preguntas por favor contacte a:

Laura Ottrando, RN, PHN @ (805) 781-4964