

Children with Special Health Care Needs

PO Box 144640
44 Mario Capecchi Drive
Salt Lake City, Utah 84114

Queridos Padres,

Ustedes estan citados para una cita de admision (intake) con ABLE un programa con Children With Special Health Care Needs, una Division Estatal de Salud. En esta carta se incluyen varias formas que el equipo necesita completadas antes de su visita.

Por favor traiga las formas completadas y los siguientes documentos que tendran.

1. Informacion de aseguransa
2. Copias de notas escolares (report card) del nino
3. Copias de exámenes sociologicos tomadas por la escuela
4. IEP
5. Ejemplos de los trabajos en la escuela (dibujos, escrituras, matematicas, etc.)

Esta primera visita sera con los padres (los dos si se puede) y un miembro del equipo que evaluara las necesidades en este program. Nosotros les pedimos que no traiga a su nino a esta visita pero si tiene problemas significantes en encontrar a que cuiden a su nino durante este tiempo estara bien. En la siguiente cita les pediremos que traigan a su nino.

Usted recibira una carta con la cita aproximadamente dos semanas antes de su cita para enfirmar el timpo y la hora, para dar las direcciones, y para dar un pase para estacionarse. Usted tambien recibira una llamada para recordarle de la cita un dia antes.

Les pedimos que si usted no puede atender le llame a Chris Sandoval al numero 584-8552, o Walt Torres al numero 584-8516, (El habla espanol) para cancelar. Esto nos ayudara para dar un servicio mayor para todos los ninos y familias que estan necesitados de los servicios.

Si usted tiene cualquier pregunta o problema con estas formas por favor se comunica con Chris en el numero indicado arriba.

Gracias por su tiempo,

Jim Taliaferro, LCSW

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE UTAH
División de Servicios de Salud de la Comunidad y Familiares
FORMULARIO DE AYUDA ECONÓMICA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ S.S. N° _____
 Dirección _____
 Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Teléfono _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____
 Padre/Tutor _____ Relación con el paciente _____
 Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
 1er. Seguro _____ Asegurado _____ Empleador _____ Teléfono _____
 Dirección del Seg. _____ () _____ Póliza N° _____ Grupo N° _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Teléfono _____
 2do. Seguro _____ Asegurado _____ Empleador _____ Teléfono _____
 Dirección del Seg. _____ () _____ Póliza N° _____ Grupo N° _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Teléfono _____
 Medicaid N° _____ Organización médica _____

Se dispone de ayuda económica: Es posible que usted sea elegible para recibir ayuda económica para la asistencia ofrecida por los Servicios de Salud de la Comunidad y Familiares. A fin de poder determinar su elegibilidad, sírvase proporcionar la siguiente información.

No deseo proporcionar la información que se requiere en el siguiente cuadro. Entiendo que al así hacerlo, no seré elegible para recibir ayuda económica.

<u>Información financiera</u>			
(Tal como figura en su declaración de impuestos)		(Las áreas marcadas oscuras son de uso para la agencia)	
Número de hijos	_____	Total Family Size	
(Si está embarazada, incluya el niño por nacer)			
Número de adultos	_____	[]	
(Incluyéndose usted, su cónyuge y otros adultos elegibles)			
*Ingreso total promedio mensual de la familia		Gastos mensuales de la familia	
Sueldo bruto principal	\$ _____	(En efectivo)	
(Antes de la deducción de impuestos, seguro social, pólizas de seguros y cuota sindical)		Gastos médicos/dentales	\$ _____
Sueldo/s secundario/s	\$ _____	Seguro médico/dental	\$ _____
Otros ingresos: (Pensiones, compensaciones, ingresos de alquiler, intereses, dividendos sostén de hijos menores, asistencia pública, etc.)	\$ _____	Sostén de hijos menores	\$ _____
		Costos de guardería	\$ _____
		** Total de deducciones	\$ _____
¿Está el paciente recibiendo Ingresos Suplementarios (SSI)? SÍ/NO			
(Si respondió que SÍ, no incluya los Ingresos Suplementarios)			
*Total Gross Monthly Income	\$ _____	Personal	0% Y N
**Total Deductions	\$ _____	Financial	60%
Total	\$ _____	Responsibility	100%

Decido aceptar los servicios especiales (targeted case management services) ofrecidos por el Departamento de Salubridad del Estado de Utah, División de Servicios de Salud de la Comunidad y Familiares. Equipo de servicios especiales: _____

Autorizo que se paguen los beneficios del seguro, Medicaid o Medicare a los Servicios de Salud de la Comunidad y Familiares o a su agente autorizado, y que los Servicios de Salud de la Comunidad y Familiares o a su agente autorizado ofrezcan información a las compañías de seguro, a Medicaid y a Medicare, según sea necesario para tramitar las solicitudes de reembolso.

Entiendo que mi Responsabilidad Económica se calculará sobre la base de la información ofrecida en este formulario. También entiendo que se me puede hacer responsable por la totalidad o por parte de la cuenta, y que se me puede llegar a cobrar interés por cuentas que no sean pagadas dentro de los 60 días posteriores a la fecha/s de emitida/s.

Firma _____ Fecha _____
 Paciente, padre o tutor _____
 _____ Fecha _____
 Empleado de los Servicios de Salud de la Comunidad y Familiares

Hay padres/familia con condiciones similares del niño? Sí No Explique: _____

Historia Médico de la Familia

Marque los problemas que los padres, abuelitos, hermanos, hermanas, tías, tios, o primos del niño han tenido.

Sí	No		Discription Adicional	Relacion al Niño
		Alergias / Asma		
		Problema Emocionales / Comportamiento		
		Defectos de Nacimiento		
		Desorden de Hueso		
		Cancer		
		Paralisis Cerebral		
		Diabetis		
		Problema con Alcohol o Drogas		
		Problema con Audicion (eshuchar)		
		Efermedad de Corazon / Alta Presión		
		Hiperactividad /Deficit de Atención		
		Desorden del Riñón		
		Problema con Aprender o Escolares		
		Desorden Pulmonar		
		Problemas Mentales		
		Atraso Mental		
		Desorden Muscular o de los Nervios		
		Ataque del Cerebro		
		Problema de Hablar		
		Problema con la Glandular Tiroides		
		Otro		

Historia del Niño

Historia del Embrazo y del Nacimiento

Sí No

		Tuvo problemas con infecciones la madre durante el embarazo? Por favor explique: _____
		Fumo la madre durante el embarazo? Cuanto? _____

Por favor anote la medicación que tomo la madre durante el embarazo: _____

		Se alivio la madre en tiempo? Si no, que tarde o temprano? _____
--	--	--

El hospital donde nacio el niño/a? _____ Peso al nacer? _____

Altura? _____

Tipo de Alivo: Vaginal Caesarean

		Pudo respirar el niño sin ayuda?
--	--	----------------------------------

Durante el tiempo en el hospital, su niño... (por favor conteste las preguntas que siguen)

	Sí	No		Sí	No
Tuvo problemas de comer or mamar?			Necesitaba oxígeno o requiere un respirador?		
Tuvo convulsiones o contracciones musculares?			Tenía atención intenciva?		
Tuvo ictericia? (Obstrucción de la bilis)			Cuanto tiempo estaba el niño en el hospital después de aliviarse?		

Historia Médico del Niño:

Sí No

		Su niño tiene alergias o asma? Por favor lista _____
		Esta tomando medicación su niño? Por favor lista _____
		Usa un asiento de carro para niños o cinturón de carro?
		Están inmunizados corrientemente?

Su Niño ha Tenido:

		Más de seis gripas o infecciones de la garganta en un año?
		Más de tres infecciones de los oídos en un año?
		Problema Escuchando?
		Problema con sus Dientes? (Fecha de la última visita al dentista _____ Nombre del dentista _____)
		Problema de Respiración?
		Problema del Corazón?
		Problema con sus Riñones o Vejiga?
		Problema mojando la cama en la noche? _ Durante el día?
		Problema con Convulsiones o Desmayo?
		Problema con Coordinación?
		Problemas Musculares o con sus Huesos?
		Problema con Hablar?
		Accidentes, Ingestión, ha Quebrado un Hueso, Explica:
		Infecciones o Meningitis?
		Cualquiera de las siguientes infecciones? Por favor círculo las que ha tenido: Sarampion, Paperas, Rubella, los Ferrina, Varicela
		Ha sido hospitalizado o ha tenido cirugía? Por favor lista abajo

Fecha	Lugar	Razon	Médico

Nutrición y Comida

Sí No

		Preocupada por el crecimiento de su niño?
		Tiene problemas al darle de comer a su niño?
		Tarda más de 45 minutos para darle de comer a su niño/a?

Su Niño:

		Vómitos o ahoga con comida frecuentemente?
		Tiene dificultad de Chupar, Masticar o Tragar?
		Tiene Estreñimiento Crónica o Problemas con Diarrea?
		Require alimentación con tubos or dieta especial? Por favor especifique:

Que tipo de comida come su niño? (ejemplos: fórmula, comida de niño....) Especifique por favor:

Desarrollo

A que edad comenzo hacer lo siguiente?

Sentarse sin ayuda:	Usar palabras (mas que mamá o papá):
Caminar sin ayuda:	Usar combinaciones de palabras (ejemplo: más leche):

Sí No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gente fuera de la casa tiene problemas entender su niño?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El desarrollo de su niño es diferente de sus niños o de otros niños?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene preocupación con los hábitos de dormir o hábitos higiénicos de su niño?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su niño juega inapropiados para un niño de esa edad?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su niño relacione con gente inadecuado para un niño de su edad?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su niño tiene problemas con atención o es distraído mucho?

Por favor lista las escuelas que ha asistido su niño:

Nombre de Escuela	Año Escolar	Programa Especial

Su niño recibe?

Sí No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de lenguaje o de hablar? Donde _____ Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia Física o Terapia de Ocupación? Donde _____ Frecuencia? _____

Social: para niños de tres y más años

Sí No Su Niño: Sí No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No tiene o tiene muy pocos amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se comporta compulsivo para su edad?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No juega muy bien con otros niños de su edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No es tan activo como los otros niños?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas con el comportamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene dificultad con su estado de ánimo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene dificultad aprendiendo/entendiendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No se siente bien de sí mismo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas dormiendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es bien difícil para disciplinar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas emocionales que causa preocupación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Necesidades y Ayuda para la Familia:

Sí No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Me siento Frustrada y Confundida con mi niño/a?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene amigos/amigas cerca que puede hablar que le ayuden emocionalmente?

Necesito más asistencia con:

Sí No Sí No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información de la Condición de mi Niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicios de Lenguaje?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coordinar el Cuidado de mi Niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accesorios Adaptivos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consulte Genética?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuido de Niños, Descanso?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aseguradora y Costos Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actividades sociales y Recreo para mi Niño?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reacciones Familiares a los Problemas de mi Niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Programas del Verano Después de la Escuela?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hablando con Familias con Problemas Similares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oportunidades Vocacionales para mi Niño?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicios de Intervención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuido en la Casa y Asistencia Médico?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicios Escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haciendo Cambios Físicos a la Casa?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia Física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asuntos Legales para mi Niño?

Otras necesidades:

CONSENTIMIENTO PARA DAR INFORMACIÓN

Utah Department of Health Division of Community and Family Health Services
Children with Special Health Care Needs Bureau
44 North Mario Capecchi Drive, P. O. Box 144640
Salt Lake City, UT 84114-4640

Como Padre/Guardián Legal/Uno Mismo (círculo), Solicito información sea liberada con respecto al niño siguiente

Name: _____ Date of Birth: _____

Current Address: _____ City: _____

State: _____ Zip: _____ Phone Number: _____

como indicado abajo:

Consiento a la liberación de información tenida por _____ al Utah Department of Health, Children with Special Health Care Needs Bureau. Por favor mande la materia a:

Children with Special Health Care Needs Bureau
44 North Medical Drive, P. O. Box 144610
Salt Lake City, UT 84114-4610

Consiento a la liberación de información tenida por Utah Department of Health, Children with Special Health Care Needs Bureau a: Name(nombre): _____

Organization(organización): _____

Address(dirección): _____

This release is for the following type of information as checked below:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Achievement | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Immunization | <input type="checkbox"/> School Testing |
| <input type="checkbox"/> Admit/Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Developmental | <input type="checkbox"/> IQ/Psychological | <input type="checkbox"/> Social Services |
| <input type="checkbox"/> Attendance | <input type="checkbox"/> Feeding/Nutrition | <input type="checkbox"/> Lab/Medical Imaging | <input type="checkbox"/> Speech/Language |
| <input type="checkbox"/> Behavioral | <input type="checkbox"/> Growth | <input type="checkbox"/> Medical | <input type="checkbox"/> Surgical Reports |
| <input type="checkbox"/> Birth/Newborn Records | <input type="checkbox"/> Hearing | <input type="checkbox"/> Newborn Screening Tests | <input type="checkbox"/> Vision |
| <input type="checkbox"/> Community Staffing | <input type="checkbox"/> IEP/IFSP | <input type="checkbox"/> OT/PT | |

Other Explain:

Yo entiendo que yo puedo retirar este consentimiento para revelar información en cualquier tiempo, notificándolo en forma escrito. Este permiso permanece **efectivo por un año** de la más reciente fima.

Firma: _____ Relacion al niño: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relacion al niño: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relacion al niño: _____ Fecha: _____

Signature: _____ Relationship to child: _____ Date: _____

Signature: _____ Relationship to child: _____ Date: _____

Signature: _____ Relationship to child: _____ Date: _____

Witnessed by: _____ **Title:** _____
(testigo de) (Título)

For questions regarding this request, contact:

Program: ABLE

Name: Chris Sandoval

Phone: 584-8552 **Fax:** 584-8562

Utah Department Of Health
COMMUNITY AND FAMILY HEALTH SERVICES
CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS

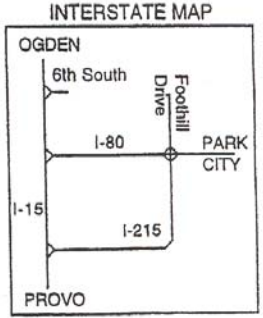
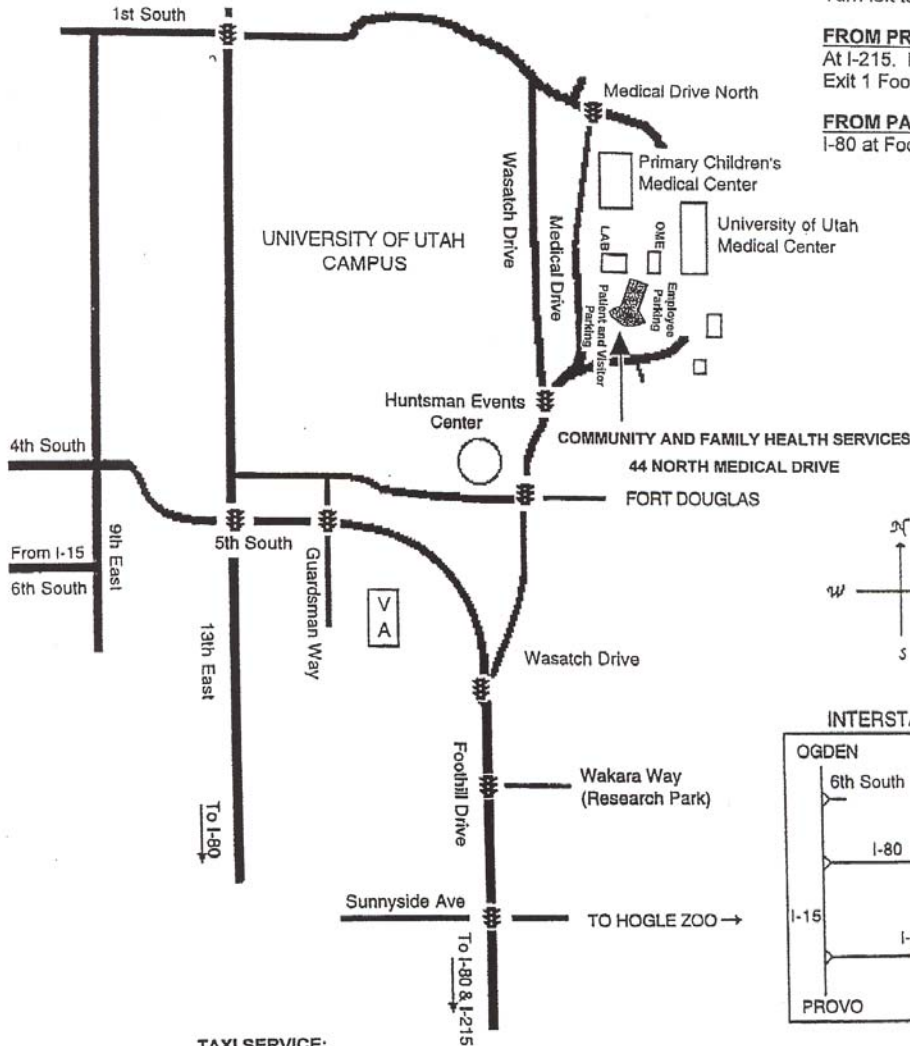
ABLE Program
(584-8552)

* Wasatch Drive and Medical Drive
 have been changed to
 Mario Capecchi Drive.

FROM OGDEN: Exit I-15
 At 6th South Exit.
 Continue to 9th East.
 Turn left to 4th South.

FROM PROVO: Exit I-15
 At I-215. Exit I-215 at
 Exit 1 Foothill Drive.

FROM PARK CITY: Exit
 I-80 at Foothill Drive.



TAXI SERVICE:

City Cab: 363-5014	Utah Medi-van: 466-4454
Handi van: 486-8416	Ute Cab: 359-7788
Midvalley: 562-0100	Wasatch: 2954666
Murray: 328-5704	West Valley: 328-5705
Our Pat: 280-4646	Yellow Cab: 521-2100
South SL: 328-5704	

UTAH TRANSIT AUTHORITY BUS SERVICE:
 Route #3 Third Avenue leaves State Street and 3rd.
 South 15 minutes before and after the hour to
 University Medical Center. Arrives/leaves University
 Medical Center 15 minutes before and after the hour.