



Formulario de determinación de elegibilidad

Nombre del niño/a:

Fecha de determinación de elegibilidad:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Edad ajustada:

Nombre del progenitor:

Nombre del coordinador de servicios

Tipo de determinación de elegibilidad (marque una opción): Inicial Anual Interina

Elegibilidad establecida por registros (Cuando se marque esta casilla, solo se debe completar la declaración de elegibilidad y se debe firmar)

Registros utilizados:

Declaración de elegibilidad:

- El/la niño/a NO es elegible para Infant & Toddler Connection of Virginia
 - Las remisiones se realizaron a:
- Un/a niño/a es elegible para Infant & Toddler Connection of Virginia sobre la base de los siguientes criterios (marque todas las opciones que correspondan):
 - Atrasos en el desarrollo:** Niños que se desempeñan un 25 % como mínimo por debajo de la edad cronológica o ajustada por lo menos en un área de desarrollo.
 - Desarrollo atípico**
 - Una condición física o mental diagnosticada que tiene una alta probabilidad de resultar en un atraso en el desarrollo.**

Estas condiciones incluyen de manera enunciativa las siguientes:

Marque (✓) en la condición física o mental diagnosticada para la cual existe documentación.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Convulsiones con encefalopatía severa | <input type="checkbox"/> Metabolopatías congénitas |
| <input type="checkbox"/> Anomalías severas del sistema nervioso central | <input type="checkbox"/> Microcefalia |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia intraventricular severa grado 3 con hidrocefalia o hemorragia intraventricular grado 4 | <input type="checkbox"/> Trastornos afectivos severos |
| <input type="checkbox"/> Infección sintomática congénita | <input type="checkbox"/> Insuficiencia para crecer |
| <input type="checkbox"/> Efectos de exposición a sustancias tóxicas incluyendo síndrome de alcoholismo fetal, abstinencia de drogas y exposición al uso materno crónico de anticonvulsivantes, antineoplásicos y anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista |
| <input type="checkbox"/> Meningomielocele | <input type="checkbox"/> Trastornos endócrinos con una alta probabilidad de causar atraso en el desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición congénita o adquirida | <input type="checkbox"/> Hemoglobinopatías con una alta probabilidad de causar atraso en el desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Incapacidades visuales | <input type="checkbox"/> Hendidura en el labio o paladar |
| <input type="checkbox"/> Anormalidades de los cromosomas, incluyendo el síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Leucomalacia periventricular |
| <input type="checkbox"/> Trauma cerebral o de la médula espinal; examen neurológico con anomalías al momento del alta | <input type="checkbox"/> Edad gestacional menor o igual a 28 semanas |
| | <input type="checkbox"/> Estada en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal igual o mayor que 28 días |
| | <input type="checkbox"/> Otras condiciones físicas o mentales según el criterio de los miembros del equipo multidisciplinario |
- Especifique otro:

Métodos y documentos utilizados para determinar la elegibilidad (Si antes no se marcó "Elegibilidad establecida por registros").

Marque (✓) en caso de utilizarse en determinación de elegibilidad

- Revisión de registros médicos pertinentes por parte del médico de atención primaria y otras fuentes relacionadas con el estado de salud actual, el desarrollo físico (incluyendo vista y audición) y la historia clínica del niño/a, con una antigüedad menor a seis (6) meses. Registros revisados:
- Revisión de otros registros, tales como registros de nacimiento, resultados de evaluaciones del recién nacido e historia clínica inicial, con consentimiento de los padres, incluso si esos registros tienen más de seis (6) meses de antigüedad.
- Evaluación continua (solo para determinación interina o anual)
- Informe de los padres
- Observación formal/informal
- Opinión clínica informada
- Evaluación de la vista de la Parte C
- Evaluación de la audición de la Parte C
- Evaluación del desarrollo integral
 - Persona que realizó la evaluación del desarrollo:
 - Herramienta utilizada para la evaluación del desarrollo:
- Otro
 - Especifique otro:



Formulario de determinación de elegibilidad

Nombre del niño/a:

Fecha de determinación de elegibilidad:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Edad ajustada:

Descripción de elegibilidad

(Puntos de interés sobre la información y cómo se utilizó para determinar la elegibilidad).

Equipo de elegibilidad

Las siguientes personas participaron en el proceso de determinación de elegibilidad:

Coordinador de servicios (firma):

- Asistió a la reunión
- Entregó un informe escrito
- Revisó el informe escrito de una fuente externa
- Participó por teléfono, correo electrónico, etc.

Proveedor (firma y credenciales):

Disciplina:

- Educador/Educador especial
- Terapeuta ocupacional
- Terapeuta físico
- Patólogo del habla
- Enfermero
- Otro

- Asistió a la reunión
- Entregó un informe escrito
- Revisó el informe escrito de una fuente externa
- Participó por teléfono, correo electrónico, etc.

Proveedor (firma y credenciales):

Disciplina:

- Educador/Educador especial
- Terapeuta ocupacional
- Terapeuta físico
- Patólogo del habla
- Enfermero
- Otro

- Asistió a la reunión
- Entregó un informe escrito
- Revisó el informe escrito de una fuente externa
- Participó por teléfono, correo electrónico, etc.

Proveedor (firma y credenciales):

Disciplina:

- Educador/Educador especial
- Terapeuta ocupacional
- Terapeuta físico
- Patólogo del habla
- Enfermero
- Otro

- Asistió a la reunión
- Entregó un informe escrito
- Revisó el informe escrito de una fuente externa
- Participó por teléfono, correo electrónico, etc.

En este formulario deben estar representadas dos disciplinas diferentes, a menos que se establezca la elegibilidad por registros, en cuyo caso solo se necesita una firma.

Se aceptan firmas electrónicas o impresas.