Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs

# OCCYSHN

***Community Connections Network***

***linking health, education and community services through a network of community-based teams***

# *Community Connections Network*

## Spanish Referral Packet

*In Partnership with:*

:

OREGON HEALTH & SCIENCE UNIVERSITY

**HOOD RIVER COUNTY COMMUNITY CONNECTIONS NETWORK (CCN)**
**AUTORIZACION PARA EL USO E INTERCAMBIO DE INFORMACION**

_____

Nombre del Niño/A Fecha de Nacimiento ESCUELA

_____

Padre/Tutor Dirección Ciudad Código Postal

El propósito de esta forma de autorización es para permitir que agencias identificadas como miembros de de la Red de Conexiones de la Comunidad (Community Connections Network) puedan ayudar a su hijo a través de servicios coordinados y planeados.
La Red de Conexiones para la Comunidad podrían incluir las siguientes agencias:

Distrito Escolar del Condado Hood River
Departamento de Salud del Condado Hood River
El Equipo de Conexiones para la Comunidad de Hood River
Su Doctor de Cuidados Primarios
(especifique el doctor o clínica)_____
OHSU

**Especialistas Adicionales:**

- _____
- _____
- _____

El firmar esta forma indica consentimiento para que la siguiente información sea compartida:

- **Archivos médicos ó relacionados con la salud**
- **Archivoss Oficiales Académicos / Administrativos**
- **Evaluaciones Educacionales de Equipos Multidisciplinarios y reportes relacionados**
- **Evaluaciones Psiquiátricas ó Psicológicas**
- **Reportes de cualquier agencia mencionada arriba**

Si la información que se va a divulgar contiene cualquier tipo de récords o información mencionada abajo, podrían aplicar leyes adicionales relacionadas con el uso y divulgación de la información. Yo entiendo y estoy de acuerdo que la información será divulgada solamente si yo pongo mis iniciales en el espacio aplicable junto al tipo de información.

☐ **Información VIH/SIDA**

☐ **Información de tratamiento, diagnóstico ó referencia en relación a drogas o alcohol**

Este documento, autoriza intercambio mutuo de información entre las agencias con el sentido de proveer los servicios más completos y profundizados disponibles. No autoriza el intercambio con cualquier otra persona o agencia excepto las agencias mencionadas arriba. A menos que sea revocado por escrito este permiso para intercambio de información debe permanecer en efecto por un periodo de 12 meses.

_____ _____

Firma del Padre ó Tutor Legal Fecha

Imprima el Nombre de la Persona que tomó la firma _____

Please Return Records to:
Hood River CCN, Attn: Yolanda Mora
1109 June Street
Hood River, OR 97031
**Or Fax at: 541-386-9181**

# Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs (OCCYSHN)

***Community Connections Network**:*
*linking health, education and community services through a network of community-based teams*

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Niño/a:

Nombre: _____Inicial 2o nombre__

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: __ / __ / ____

Sexo: ❑ M ❑ F

Padres/Guardián Legal:

Nombre:_____

Teléfono: (____) _____ - _____

Dirección:_____Ciudad:_____

Código Postal: _____ Condado:_____

Correo Electrónico:_____

1) **Raza: (Opcional) Por favor marque solamente uno:**

❑ Blanco ❑ Negro o Afroamericano ❑ Indio Americano/Nativo de Alaska ❑ Asiático

❑ Hawaiano Nativo o Isleño Del Pacífico ❑ Dos o más razas ❑ No sé

2) **Etnicidad: (Opcional) Por favor marque sólamente uno:**

❑ Hispano/Latino ❑ No-Hispano ❑ No sé

3) **Idioma preferido de la familia:** Idioma que habla: _____ Idioma que escribe:_____

4) **¿Necesita un intérprete?** ❑ Sí ❑ No

5) **¿Tiene su hijo/a un médico de cabecera?** ❑ Sí ❑ No Si es sí, indique el nombre del médico_____
(Médico familiar, Enfermera Especialista o clínica)

6) **¿Recibe su hijo/a SSI (Ingreso de Seguridad Suplementaria)?** ❑ Sí ❑ No

7) **¿Tiene su hijo/a seguro médico?** ❑ Sí ❑ No

Si es sí, indique el tipo de seguro médico: ❑ OHP Standard ❑ OHP Plus ❑ CAWEM
❑ Indian Health Services ❑ Privado (especifique la compañía) _____

8) **¿Quién refirió a su hijo/a Community Connections Network?** _____

Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs

# OCCYSHN

## *Community Connections Network*

*linking health, education and community services through a network of community-based teams*

### Resumen Para Padres

**Nombre Del Niño:**_____ **Nombre Del Padre (o Madre):**_____

**Fecha De Nacimiento:**_____ **Fecha En Que Se Completó:**_____

**Fuente De Remisión:**_____ **Motivo de Remisión:**_____

**¿Qué preguntas/preocupaciones les gustaría que el grupo discutiera?**

_____

_____

_____

**¿Cuáles son las fortalezas de su hijo?**

_____

_____

_____

**¿Hay alguna otra información sobre su hijo que quisieran compartir con el equipo?**

_____

_____

_____

_____

Por favor regrese a:

***Yolanda Mora, Coordinadora***
***Community Connections***
***1109 June Street***
***Hood River, OR 97031***
***541-387-6885***

***al reverso → Preocupaciones de la familia***

*In Partnership with:*

OREGON HEALTH & SCIENCE UNIVERSITY

PREOCUPACIONES DE LA FAMILIA

* Marque todas las preocupaciones que tenga su familia sobre el niño. Tal vez el equipo no podría resolver todos los problemas, pero ayudaría al equipo saber todas las preocupaciones de la familia.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ❑ No hay preocupaciones<br><br>❑ Seguridad Social<br>❑ Servicios de discapacidad (DD)<br>❑ Seguro médico<br>❑ Gastos médicos después del seguro médico<br>❑ Gastos del hogar<br>❑ Comida/ropa<br>❑ Gasolina/servicios públicos<br>❑ Vivienda<br>❑ Gastos para servicios de prórroga<br>❑ Otro_____ | ❑ No hay preocupaciones<br><br>❑ Acceso al doctor principal<br>❑ Acceso al cuidado dental<br>❑ Acceso al cuidado especializado en la condición médica<br>❑ Comunicación con profesionales<br>❑ Coordinación entre proveedores de cuidado médico<br>❑ Información sobre la salud<br>❑ Usos de medicina y efectos secundarios<br>❑ Crianza y desarrollo<br>❑ Nutrición y dar a comer<br>❑ Otro_____ | ❑ No hay preocupaciones<br><br>❑ Equipo adaptivo como utensilios de alimentación, elevadores, aparato para mantenerse en pie, andador<br>❑ Silla de ruedas manual<br>❑ Silla de ruedas motorizada<br>❑ Modificaciones de la casa como rampas o puertas para silla de ruedas<br>❑ Transporte<br>❑ Dispositivo de comunicación aumentativa<br>❑ Otro _____ | ❑ No hay preocupaciones<br><br>❑ Comportamiento del niño<br>❑ Interacciones con compañeros<br>❑ Apoyo emocional<br>❑ Apoyo para los padres/la familia<br>❑ Apoyo para los hermanos<br>❑ Otro_____ | ❑ No hay preocupaciones<br><br>❑ Intervención Temprana<br>❑ Educación Especial<br>❑ Tutores<br>❑ Readaptación<br>❑ Fisioterapia<br>❑ Terapia de Lenguaje<br>❑ Terapia Ocupacional<br>❑ Asistencia enseñando a proveedores sobre la condición de salud<br>❑ Asistencia con el proceso del Programa Educativo Plan/Individualizado de Servicios Familiares<br>❑ Ayuda con el proceso de transición<br>❑ Otro_____ | ❑ No hay preocupaciones<br>❑ Recreo/interacción social<br>❑ Cuidado de niños<br>❑ Capacitación para el trabajo<br>❑ Servicios legales<br>❑ Campamentos de verano<br>❑ Prórroga<br>❑ Otro _____ |

Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs

# OCCYSHN

## *Community Connections Network*

*linking health, education and community services through a network of community-based teams*

LISTA DE PROVEEDORES

**Por favor anote los nombres de todos los proveedores de servicios médicos o servicios educativos que hayan trabajado con su hijo/a en el año pasado para que podemos solicitar archivos. Ejemplos de proveedores incluyen el Médico de cabecera u otro Especialista, Maestros, Fisioterapeuta, Terapeuta de Lenguaje, Terapeuta Ocupacional, Enfermera Pública o de servicios en el hogar, Consejero Escolar, Psicólogo, defensores, etc. Estos proveedores pueden tener valiosa información que ayudará en desarrollar un plan de cuidado para su hijo/a.**

En la forma para autorizar la diseminación de archivos médicos, favor de anotar los nombres de todos los proveedores si desea que los archivos sean revisados por el equipo.

| Nombre | Especialidad | Institución/Dirección/Teléfono | La última vez que vio a su hijo/a |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*In Partnership with:*

OREGON HEALTH & SCIENCE UNIVERSITY

Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs

# OCCYSHN

## *Community Connections Network*

***linking health, education and community services through a network of community-based teams***

## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD

**Nombre Del Niño/a**: _____ **Fecha De Nacimiento**:_____ **Condado:** _____

**Fecha De Hoy**: _____ **Persona Que Completó El Cuestionario**: _____

**Idioma Principal**: _____ **Su Relación Con El Niño/a**: _____

1. Sí ❑ No ❑ ¿Está su hijo/a en una dieta especial?
   Por favor, explique _____

2. Sí ❑ No ❑ ¿Requiere su hijo/a de técnicas especiales para comer o tiene dificultades al comer (como atragantar, toser, vomitar o lento para terminar de comer)?
   Por favor explique: _____

3. Sí ❑ No ❑ ¿Ha tenido su hijo/a problemas neurológicos (como convulsiones/epilepsia, debilidad muscular, hidrocefalia o parálisis cerebral)?
   Por favor explique: _____

4. Sí ❑ No ❑ ¿Tiene su hijo/a algún problema ortopédico (como el escoliosis, deformidad de la mano/el pie, dislocación de la cadera)?
   Por favor, explique: _____

5. Sí ❑ No ❑ ¿Tiene su hijo/a antecedentes de enfermedades crónicas (como el diabetes, el asma o problemas con los riñones)?
   Por favor, explique: _____

6. Sí ❑ No ❑ ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado, ha tenido cirugías o una lesión grave?
   Por favor, explique: _____

7. Sí ❑ No ❑ ¿Tiene su hijo/a problemas con el oído o usa un aparato auditivo?
   Por favor, explique: _____

8. Sí ❑ No ❑ ¿Tiene su hijo/a problemas con la visión o usa lentes?
   Por favor, explique: _____

9. Sí ❑ No ❑ ¿Usa su hijo/a equipo adaptivo como una silla de ruedas, un aparato para ayudarlo a estar de pie o aparatos ortopédicos?
   _____

10. Sí ❑ No ❑ ¿Necesita su hijo/a tratamientos diarios de salud (como alimentación con gastrostomía, sondas)?
    Por favor, explique: _____
    _____

11. Sí ❑ No ❑ Anote los medicamentos que toma su hijo/a: _____

    **¿Qué más cree que el Doctor debe saber sobre su hijo/a?** _____
    _____

*In Partnership with:*

OREGON HEALTH & SCIENCE UNIVERSITY

# Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs (OCCYSHN)

***Community Connections Network**:*
*linking health, education and community services through a network of community-based teams*

## TEACHER'S SUMMARY

**Child's Name:**_____ **Teacher's Name:**_____

**DOB:**_____ **Date Completed:**_____

**Comments/Concerns (Include issues you'd like the CCN team to address):**

_____

_____

_____

_____

**Child's strengths:**

_____

_____

_____

_____

**Child's weaknesses:**

_____

_____

_____

_____

**Academic and/or classroom performance:**

_____

_____

_____

**Health issues:**

_____

_____

_____

_____

_____

**Social/Behavioral Concerns:**

_____

_____

_____

_____

_____

Please return to:

***Coordinator's name***
Community Connections Network Coordinator
***Address***

**City**

# Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs (OCCYSHN)

***Community Connections Network**:*
*linking health, education and community services through a network of community-based teams*

## PHYSICIAN'S SUMMARY

**Child's Name**: _____ **Teacher's Name**: _____

**D.O.B.**: _____ **Date Completed**: _____

**Comments/Concerns (Include issues you'd like the CCN team to address):**

_____

_____

_____

_____

**Health Concerns:**

_____

_____

_____

_____

Please return to:

***Coordinator's name***
Community Connections Network Coordinator
***Address***

**City**