



Gracias por solicitar a la Clínica de evaluación y diagnósticos de Sewall!

Las evaluaciones son realizadas en persona en el Centro de Desarrollo Sewall,
940 Fillmore St., Denver, CO 80206.

Seguimos todas las pautas de CDC para restricciones del Covid 19 en todos los centros de cuidado infantil.

Por favor devuelva su solicitud ya completa a **Wendy Knoble, Coordinadora de la Clínica**, a través de uno de los siguientes métodos:

1. Escanear y enviarla por correo electrónico a DEClinic@sewallchild.org
2. Por Fax al 303-327-5756
3. Enviarla por correo a:
Sewall Diagnostic & Evaluation Clinic
Attn: Wendy Knoble
940 Fillmore St.
Denver, Co 80206

Por favor no envíe fotos de la solicitud completa.

APLICACIÓN PARA LA CLÍNICA SEWALL DE EVALUACIONES Y DIAGNÓSTICOS

Por favor de contestar cada pregunta. Si la pregunta no aplica, escriba N/A

Informacion general

FECHA DE HOY _____

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____

Edad del niño/a _____ Sexo _____

Nombres de quien lo cuida _____ Número telefónico _____

Relación con el niño/a _____

Dirección _____ Número telefónico _____

Ciudad/ Estado/Código postal _____

Email del quien lo cuida _____

Quien tiene custodia legal del niño/a referido? _____

Por favor nombre a todos los que viven en la casa donde vive el niño/a. Indique que parentesco tienen con el niño/a- Padres biológicos y hermanos; padres adoptivos

Name	Edad	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Número de ID de medicaid del niño/a _____

Por favor indique todas las razones por las cual el niño/a es referido para las evaluación.

Desorden del espectro Autista Síndrome de alcoholismo fetal

Comportamiento agresivo Comportamiento de ansiedad

ADHD

Otro Diagnostico: _____

Cuales son las preocupaciones que tiene sobre su hijo/a?

Comportamiento agresivo

Retraso del habla

Hiperactividad

Retraso de destrezas motrices finas

Ansiedad

Retraso de motricidad gruesa

Depresion

Procesamiento sensorial

Sewall Child Development Center
Phone number: 303-399-1800

940 Fillmore Street, Denver, CO 80206
Fax number: 303-327-5756

___ Relacion/ amistad con compañeros

___ Destrezas sociales

___ Otros: _____

Sewall Child Development Center
Phone number: 303-399-1800

940 Fillmore Street, Denver, CO 80206
Fax number: 303-327-5756

Por favor de ejemplos

Está su hijo/a involucrado en un caso con Servicios Humanos? _____

Nombre de la agencia _____

Nombre de la trabajadora social _____

Numero telefonico _____ Fax _____

Email de la trabajadora social _____

Lenguaje principal del niño/a _____

Lenguaje principal de los padres/guardianes legal _____

Puede ser el niño/a evaluado en inglés? _____

Se necesita un interprete? _____

INFORMACION MEDICA

Su hijo/a tiene algún diagnóstico médico? __SI o __NO Si es asi es explique:

Medico regular del nino/a (PCP) _____

Nombre de la consultorio o clínica: _____

Direccion _____

Telefono _____ fax _____

En que Hospital nacio el niño/a? _____

Direccion _____

Telefono _____ Fax _____

Sewall Child Development Center
Phone number: 303-399-1800

940 Fillmore Street, Denver, CO 80206
Fax number: 303-327-5756

HISTORIA DEL NACIMIENTO

Duración del embarazo _____ Edad de la madre en el parto _____

Longitud del niño/a _____ Peso del niño/a _____

Parto vaginal o cesaria _____

Describe alguna complicación durante el parto _____

Describe algún problema durante el periodo de recién nacido _____

Algo de lo siguiente fue ingerido mientras el embarazo?

__ Tabaco cantidad _____

__ Alcohol cantidad _____

Medicamento con receta--por favor nombre los medicamentos y explique:

Medicamento sin receta-- explique _____

HISTORIAL MEDICO

Por favor nombre de profesionales médicos que ha visto o han estado involucrados en el cuidado médico de su hijo/a:

Nombre los medicamentos que el niño/a está tomando ahora:

Sewall Child Development Center
Phone number: 303-399-1800

940 Fillmore Street, Denver, CO 80206
Fax number: 303-327-5756

Ha sido su hijo/a visto en la unidad del desarrollo de niño (CDU) en el hospital de niños, JFK
Socios, o alguna otra agencia para una evaluación integral del desarrollo? _____

Si así es, cuando? _____

Por que? _____

Hay algo más que usted quisiera que supiéramos sobre su hijo/a?

HISTORIAL FAMILIAR

Indique si algunos de los parientes del niño/a ha tenido:

Si	Parentesco
___	Drogas o abuso de alcohol _____
___	Involucrado con la policía _____
___	Preocupaciones del habla/lenguaje _____
___	Pérdida de la audición _____
___	Preocupaciones de Movimiento _____
___	Preocupaciones de aprendizaje _____
___	Desabilidad intelectual _____
___	Enfermedad mental _____
___	Autismo _____
___	Trastorno de asperger _____

INFORMACION ESCOLAR

A qué escuela va el niño/a _____

Distrito escolar _____ Grado _____

Numero telefonico _____

Tiene su niño/a un Plan Educativo Individual (IEP)? _____

Tiene su niño/a un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP)? _____

HISTORIAL DE SERVICIOS DE TERAPIAS Y PROVEEDORES

Sensorimotor

Ha recibido su hijo/a terapia física u ocupacional anteriormente? _____

Cuando Y donde? _____

Por que? _____

Ha recibido su hijo/a una evaluación motriz? _____

Cuando y donde? _____

Por que? _____

Las evaluaciones fueron a través de la escuela o por terapeutas privados? _____

Si fueron hechas por terapeutas privados, por favor de proveer la información de contacto y nombres de los terapeutas: _____

HABLA Y LENGUAJE

Ha recibido su hijo/a terapia de habla y lenguaje anteriormente? _____

Cuando y donde? _____

Por que? _____

Ha tenido su hijo/a una evaluación de lenguaje? _____

Cuando y donde? _____

Por que? _____

Las evaluaciones fueron hechas a través de la escuela o por terapeutas privados? _____

Si fueron hechas por terapeutas privados, por favor de proveer la información de contactos y nombres de los terapeutas: _____

SALUD MENTAL

Está su hijo/a bajo el cuidado de un Psiquiatra? _____

Cuando empezó el tratamiento de cuidado? _____

Qué tan seguido visita al psiquiatra? _____

Información de contacto del psiquiatra _____

Su hijo/a trabaja con un terapeuta de salud mental? _____

Desde cuando? _____

Que tan seguido ve al terapeuta? _____

Informacion de contacto del terapeuta: _____

Sewall Child Development Center
Phone number: 303-399-1800

940 Fillmore Street, Denver, CO 80206
Fax number: 303-327-5756

Ha recibido una de las siguientes evaluaciones su hijo/a?

- Evaluación psicológica
- Evaluación neuropsicológica

Fecha de evaluación _____

Por favor de proveer los datos de contacto del proveedor:

INFORMACIÓN DE FONDOS

Nosotros reunimos datos de raza y etnicidad para poder aplicar para fondos

Por favor seleccione una de cada categoría:

Raza del niño/a:

- Indio Nativo Americano Negro o Africano- Americano
- Isleño del pacífico/Hawaiano nativo
- Asiático Blanco multiracial

Etnicidad de su hijo/a:

- Hispano/latino No hispano/latino

- Prefiere no especificar

Firma _____

Relación con el niño/a _____ Fecha _____

Firma _____

—
Relación con el niño/a _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MENTAL CONFIDENCIAL

1.) Yo autorizo a la clinica de diagnosticos Sewall para obtener de y/o compartir información de salud sobre el individuo nombrado abajo:

Nombre del niño/a _____
Fecha de nacimiento _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Numero de telefono _____

2.)Yo autorizo para que información del salud se obtenida o/y compartida a las siguientes organizaciones o individuos

Sewall Child Development Center

Numero de telefono: 303-399-1800 Numero de fax : 303-327-5756
Con el proposito: Evaluación diagnóstica

3.) El tipo de información médica para revelar es las siguientes marcadas

- _____ Algunos/todos los documentos de nacimiento
- _____ Algunos/todos los archivos médicos
- _____ Alguno/todos los récords de terapias
- _____ Algunos/todos los records de salud mental
- _____ Alguno/todos los trienal, IEP, IFSP iniciales incluyendo los récords de las evaluacion
- _____ Otros

4.) Yo entiendo que la información médica revelada por esta autorización puede incluir información sobre tratamientos de enfermedades físicas o mentales, alcoholismo/abuso de drogas y historial médico pasados incluyendo actas de nacimientos.

5.) Si he dado autorización para revelar informaciones médica alguien que no está legalmente obligado a mantenerla en privado, puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida.

6.) Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto si ya se ha tomada acción basado en esto. Yo entiendo que esta autorización se expira ya sea un año después que se firmó o en la fecha que especifique.

Nombre del padre (letra de molde): _____
Firma del padre: _____ Fecha: _____
Firma del guardian legal: _____ Fecha : _____
Agencia: _____

Por favor de mandar por fax esta información a la coordinadora de la clínica : 303-327-5756.

Historial de colocación (si se aplica)

Nombre de padre adoptivo: _____ Numero telefonico: _____

Fecha que el niño/a fue removida de su casa de padres biológicos: _____

Cuanto tiene el niño/a en la colocación presente : _____

La razón por la cual el niño/a fue removido de su casa: _____

En el centro de crisis o fue recibido en una casa de que día a que día: _____

Por favor incluya todos los lugares que ha estado el niño/a antes de el más reciente

FECHAS Hogares donde ha estado con parientes o padres adoptivo y en qué lugares

Plan para la colocación permanente del niño/a _____

Sewall Child Development Center
Phone number: 303-399-1800

940 Fillmore Street, Denver, CO 80206
Fax number: 303-327-5756

PERMISO PARA EVALUAR

Sewall Child Development Center
Clínica de Diagnósticos y Evaluaciones

Fecha: _____

Yo, _____, doy permiso para que el equipo de Sewall administre diferentes herramientas de pruebas estandarizadas a mi hijo/a, _____, para poder realizar una evaluación de desarrollo completo, incluyendo pruebas/exámenes pediátrico, cognitivo, social emocional, habla-lenguaje, y destrezas motrices. Yo entiendo que esta evaluación/valoración facilitará un plan de un programa para mi hijo/a y la familia. Yo también entiendo y estoy de acuerdo que una copia del reporte basado en los resultados de la evaluación será enviado al pediatra de mi hijo/a.

Firma del padre/madre: _____

Firma del guardian legal: _____

Agencia: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Sewall info...

Efectivo 4/26/2019

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MEDICAL/ SALUD MENTAL SOBRE SU HIJO/A SE USA Y SE COMPARTE, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR DE LEER CON MUCHO CUIDADO

Por favor de dirigirse a Heidi Heissenbuttel Presidenta/CEO con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso al 303-399-1800

Un registro del cuidado es archivado de todos los clientes en el centro de Sewall. Generalmente, este archivo contiene información referente a la fecha y tiempo de contacto, síntomas de la conducta emocional, reportes basados en los sentimientos y pensamientos del cliente, información de diagnósticos, información sobre el tratamiento, información relacionada con la facturación, también información sobre los miembros familiares del cliente están incluidos en el registro con la información relativo al tratamiento del cliente. Este aviso aplica a todos los expedientes médicos de su hijo/a que son guardado en el centro de Sewall.

LAS RESPONSABILIDADES DE SEWALL

Es requerido por la ley que Sewall mantenga en privado la información médica de su hijo/a y que le provea una descripción de sus prácticas de privacidad. Sewall permanece con los términos de este aviso y le notificara si no podemos estar de acuerdo a una restricción solicitada. Sewall tendrá en cuenta las solicitudes razonables que tenga para comunicar información de salud por médicos alternativos o ubicaciones alternativas.

USOS Y DIVULGACIONES

Las siguientes categorías describen el modo que Sewall usa y revela la información médica:

PARA TRATAMIENTOS:

Sewall puede usar la información médica y de salud mental sobre su hijo/a en la prestación de servicios. Al trabajar con niños menores de 15 años, Sewall puede revelar información médica sobre el niño/a a sus padres, colegas (si es necesario), o a todos aquellos que tengan un consentimiento para compartir la información. Dicho intercambio de información será para coordinar la atención y promover el bienestar del niño.

Sewall puede proporcionar a otros proveedores de salud mental, El Departamento de Servicios Humanos, representantes legales y/u otros profesionales médicos y familiares con información que debería ayudarlos en su trabajo con su hijo/a. Por favor, comprenda que tales divulgaciones de información ocurren solo con el consentimiento informado y serian en caso de una emergencia médica/salud mental, la comisión de un comportamiento criminal por parte del cliente o por orden judicial.

PAGOS: Sewall opera a través de una tarifa por arreglos de servicios la cual se requiere que el cliente reembolse directamente a Sewall. Si los servicios se facturan a través de Medicaid, una aseguranza privada, o un tercero, Sewall proveerá la información requerida al proveedor apropiado. En caso donde Sewall proporciona información a la aseguranza debido a la solicitud del cliente, Sewall puede usar y divulgar información médica y salud mental del tratamiento y servicios de su hijo/a. Esto incluye información sobre síntomas, diagnósticos, e información de el plan y metas de tratamiento.

PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:

El personal de Sewall puede usar información en el registro de salud de su hijo/a para evaluar la atención y los resultados en el caso y otros similares. Los resultados se utilizarán para mejorar continuamente la calidad de la atención para todos los clientes que atendemos. Por ejemplo, podemos combinar información sobre muchos clientes para evaluar la necesidad de nuevos servicios y tratamientos. Podemos divulgar información a entidades externas con fines educativos. La divulgación de dicha información no identificara a ningún cliente. Podemos combinar la información de medica y de salud mental que tenemos con la de otros proveedores de tratamiento para permitirnos ver donde podemos hacer mejoras. Podemos eliminar la información que identifica a su hijo/a de este conjunto de información médica para proteger la privacidad.

También podemos usar y divulgar información médica y de salud mental:

- Para los socios comerciales que hemos contratado sin realizar los servicios acordados y la facturación de los mismos.
- Para evaluar su satisfacción con nuestros servicios.
- Para informarle sobre posibles alternativas de tratamiento.
- Como parte de los esfuerzos de recaudación de fondos.
- Para actividades basadas en la población relacionada con la mejora de los resultados de los programas o la reducción del costo del tratamiento.
- Para llevar a cabo programas de capacitación o revisar la competencia de atención de salud mental para profesionales.

SOCIOS DE NEGOCIOS:

Hay algunos servicios provistos en nuestra organización a través de contratos con socios comerciale; con, por ejemplo, nuestro organismo de acreditación, que sirve para respaldar el mantenimiento de altos estándares de atención. Cuando Sewall trabaja con su organismo de acreditación, podemos revelar la información de salud de su hijo/a a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Sin embargo, para proteger la información de salud de su hijo/a, requerimos que los socios comerciales protejan adecuadamente su información.

PERSONAS INVOLUCRADAS EN SU CUIDADO O EN EL PAGO DE SU ATENCIÓN:

Podemos revelar información médica/salud mental sobre su hijo/a a un padre, a una trabajadora social del condado, a un tutor legal o al oficial de investigación que participe en su tratamiento. Además, podemos revelar información médica sobre su hijo/a a una entidad que asista en una situación de emergencia para que su familia pueda ser notificada sobre la condición y el estado de su hijo/a y la ubicación. Dicha divulgación, excepto en caso de emergencia, orden judicial o cuando las leyes vigentes exijan la divulgación, sólo se realizan con el consentimiento apropiado.

INVESTIGACIÓN:

Podemos divulgar información a los investigadores cuando una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información de salud de su hijo/a haya aprobado dicha investigación.

ARREGLO SANITARIO ORGANIZADO:

Esta práctica le presenta este documento como un aviso. La información se compartirá según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Los médicos y cuidadores pueden tener acceso a información de salud protegida en sus oficinas para ayudar a revisar el tratamiento anterior, ya que puede afectar el tratamiento en ese momento.

ENTIDAD CUBIERTA AFILIADA:

Los cuidadores en otras instalaciones o prácticas pueden tener acceso a información de salud protegida en sus ubicaciones para ayudar a revisar la información de tratamientos anteriores, ya que puede afectar el tratamiento en este momento. Comuníquese con el coordinador de la clínica de Sewall al 303-399-1800 para obtener más información sobre los sitios específicos incluidos en esta entidad cubierta y afiliada.

COMO LO EXIGE LA LEY, también podemos usar y divulgar información de salud para los siguientes tipos de entidades, que incluyen pero no se limitan a:

- Administración de alimentos y drogas
- Autoridades de salud pública o legal encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Oficial de la ley.
- Departamento de servicios humanos del estado y del condado.
- Los tribunales.
- Agencias de de vigilancias de la salud.

APLICACIÓN DE LA LEY/PROCEDIMIENTOS LEGALES

Podemos divulgar información de salud para fines de aplicación de la ley según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida.

REQUISITOS ESPECÍFICOS DEL ESTADO: El departamento de servicios humanos de Colorado requiere acceso a todos los registros como parte de su papel en la supervisión de clínicas de diagnósticos y evaluaciones acreditadas.

SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Debido a que Sewall compilo los registros de su hijo/a, que por lo tanto es propiedad física de Sewall, usted tiene derecho a:

- **Inspeccionar y Copiar:** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar información que pueda usarse para tomar decisiones sobre la atención de su hijo/a. Por lo general, esto significa ciertos registros de salud y facturación, pero no incluyen notas de terapias u otras notas que estamos legalmente prohibidos de revelar. Podemos negar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información de salud, puede solicitar la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.
- **Enmendar:** Si usted considera que la información médica /de salud que tenemos sobre su hijo/a es incorrecta o está incompleta puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda mientras Sewall conserve la información. Podemos denegar su solicitud de enmienda y, si esto ocurre, se le notificará el motivo de la denegación.
- **Una Contabilidad de Divulgación:** Usted tiene derecho a solicitar un informe de la divulgación que hacemos de la información médica sobre su hijo/a.
- **Restricción de Solicitud:** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica/de salud que usamos o divulgamos sobre su hijo/a para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, también tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre su hijo/a a alguien involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como a un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que la información compartida con los mismos miembros de la familia.
- **No estamos obligados a estar de acuerdo a su petición:** Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.
- **Solicitar Comunicación Confidencial:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos/de salud de cierta manera o en un lugar determinado. Aceptaremos la solicitud en la medida en que sea razonable que hagamos. Por ejemplo, puede solicitar que no dejemos mensaje de correo de voz o correo electrónico, o que las notificaciones de personal de tratamiento se envíe por correo a una ubicación alternativa.

- **Una copia en papel de este aviso:** Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Usted puede solicitar que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso.

Para ejercer cualquiera de sus derechos, obtenga los formularios requeridos del coordinador de la clínica y envíe su solicitud por escrito.

CAMBIOS ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso, y el aviso revisado o modificado será efectivo para la información que ya tenemos sobre su hijo, así como cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso actual se publicará en el sitio web de Sewall (sewallchild.org) e incluirá la fecha de vigencia. Además, cada vez que visite Sewall para recibir tratamiento o servicios de atención médica, tendremos disponible una copia del aviso actual vigente.

QUEJAS

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Sewall comunicándose con el presidente/CEO de sewall al 303-399-1800. También puede presentar una queja ante La Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Colorado. Todas las quejas deben de ser por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplica a Sewall se realizarán solo con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar información médica sobre su hijo/a, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revocó su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre su hijo/a por motivos cubiertos por la autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a volver a capacitar nuestros registros de la atención que le brindamos a su hijo/a.

Heidi L. Heissenbuttel
President/CEO
Sewall Child Development Center
940 Fillmore Street
Denver, Colorado 80206
303-399-1800

Sewall Child Development Center
Phone number: 303-399-1800

940 Fillmore Street, Denver, CO 80206
Fax number: 303-327-5756

Por mi firma, reconozco haber recibido una copia de la "Práctica de Privacidad de Sewall".
Puedo pedirle al equipo de la Clínica o al Presidente/CEO de Sewall sobre este formulario,
también puedo pedir una copia de este al coordinador de la clínica.

Nombre del cliente _____ Fecha _____
(Letra de molde)

Nombre del Padre _____ Fecha _____
(Letra de molde)

Firma _____ Fecha _____

Nombre del padre _____ Fecha _____
(Letra de molde)

Firma _____ Fecha _____

Nombre del guardián legal _____ Fecha _____
(Letra de molde)

Firma _____ Fecha _____

**Gracias por aplicar a la
Clínica de Diagnósticos y Evaluaciones Sewall**