IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Región:____	Personal:_____
Raza:	ED:
M/F:	LV/LA:
Fecha a IAP:_____	

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA DISCAPACIDAD DE DESARROLLO DE NIÑOS

Fecha: _____

Nombre del niño:_____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

¿El niño está inscrito actualmente en Medicaid? ☐ Sí ☐ No MID#_____ Healthy Connections? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Padre o Tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono (1): _____ Teléfono (2): _____

Correo electrónico: _____

Nombre del médico:_____ Teléfono:_____

Dirección del médico:_____

Nombre de la escuela, si corresponde: _____

Nombre del maestro/a de primaria: _____

Diagnóstico_____

Servicios/Apoyo que considera que serían de beneficio para el niño/la niña: _____

_____

_____

Persona que solicita los servicios: _____ Relación con el solicitante:_____

Mencione la inscripción a otros servicios, incluyendo otros servicios del Departamento:_____

_____

Otra historia o información pertinente acerca del niño/la niña:_____

_____

Documentos para determinar la elegibilidad:

☐ Registros médicos
(Si el diagnóstico del niño es **parálisis cerebral, epilepsia** o **lesión cerebral traumática**, incluya los expedientes que comprueben la discapacidad)

☐ Pruebas cognoscitivas
(Si el diagnóstico del niño es **Discapacidad intelectual**, incluya las pruebas de IQ/psicométricas que comprueben la discapacidad)

☐ Evaluación de autismo
(Si el diagnóstico del niño es **Trastorno del espectro autista como: Autismo, Trastorno generalizado de desarrollo (PDD) o de Aspergers**, presente una evaluación realizada por un profesional con licencia calificado para dar un diagnóstico del espectro autista)

Documentos colaterales complementarios, si se tienen:

☐ Expediente/evaluaciones escolares relacionadas con la discapacidad

☐ Evaluación de intervención

☐ Terapia del habla/lenguaje, terapia física, terapia ocupacional

☐ Otras evaluaciones pertinentes _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DE SERVICIOS PARA DISCAPACIDAD DE DESARROLLO DE NIÑOS

Nombre del niño: Nombre de pila y apellido del niño o la niña que solicita los servicios.

Fecha de nacimiento: La fecha de nacimiento del niño (mes, día y año).

SSN: El número de seguro social de nueve dígitos del niño.

¿El niño está inscrito actualmente en Medicaid: Si el niño está inscrito en Medicaid, marque el cuadro "sí", de lo contrario, marque "no".

MID: Si marcó el cuadro "sí" como respuesta a *"inscrito en Medicaid"* indique el número de Medicaid del niño. El número de Medicaid de Idaho son los primeros siete (7) dígitos del número de identificación de Medicaid como aparece en la credencial de Idaho Medicaid.

Health Connections: Si el niño está inscrito en Healthy Connections, marque el cuadro "sí", de lo contrario, marque "no". Si no sabe, no marque ningún cuadro.

Nombre del padre o tutor: Nombre de pila y apellido del padre o padres o tutor(es) del niño.

Dirección: Dirección postal del padre o tutor (incluya ciudad, estado, código postal).

Teléfono (1) & (2): Número(s) telefónico(s) en el día donde se puede localizar al padre o tutor. Incluya el código de área.

Correo electrónico: Dirección de correo electrónico del padre o tutor.

Nombre del médico: Indique el nombre de pila y apellido del médico de atención primaria del niño.

Dirección del médico: Dirección de correo electrónico del médico de atención primaria del niño.

Nombre de la escuela, si corresponde: Nombre de la escuela actual del niño. Si el niño no asiste a la escuela, deje en blanco.

Nombre del maestro/a de primaria: Nombre de pila y apellido del maestro/a del niño. Si el niño no asiste a la escuela, deje en blanco.

Diagnóstico: Mencione el diagnóstico o diagnósticos de discapacidad de desarrollo del niño.

Servicios/Apoyo que considera que serían de beneficio para el niño/la niña: Mencione los servicios y apoyos que considera que serían de beneficio para el niño/la niña. En este paquete de solicitud se incluye una lista de los servicios tradicionales.

Persona que solicita los servicios: Su nombre de pila y apellido (persona que llena la solicitud).

Relación con el solicitante: Su relación (persona que llena la solicitud) con el niño.

Mencione la inscripción a otros servicios, incluyendo otros servicios del Departamento: Mencione otros servicios o terapias que reciba el niño (ej.: terapia del habla, terapia ocupacional, asesoría, etc…).

Otra historia o información pertinente acerca del niño/la niña: Mencione otros problemas y/o diagnósticos médicos y/o psiquiátricos. Incluya información que considere importante que deba saber la persona que revisa la solicitud.

Documentos para determinar la elegibilidad: marque los cuadros frente a la documentación que se incluye en la solicitud. Sólo se requieren los expedientes mencionados para la discapacidad del niño. Por ejemplo, si el niño tiene epilepsia, sólo se requieren los expedientes médicos, no las pruebas psicológicas ni psicométricas.

- **Pruebas cognoscitivas:** Las siguientes pruebas se aceptarán como documentación: Escalas de Desarrollo Infantil Bayley; Escalas de Inteligencia Stanford Binet; Escalas de Inteligencia Weschler para Preescolar y Primaria; Escalas de Inteligencia Weschler para Niños; Escalas de Inteligencia Weschler para Adultos.
- **Evaluación de autismo:** Los individuos calificados para diagnosticar a un niño con Trastorno del espectro autista incluyen: Pediatras en desarrollo, neurólogos infantiles, psicólogos y psiquiatras.

Documentos colaterales complementarios: Marque los cuadros frente a la documentación que se incluye en la solicitud. Esta documentación complementaria no se requiere.