



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA 93535 - (661) 945-6761

## Solicitud Para Intervención Temprana

(Niños e infantes menores de tres años de edad)

**Información del Niño(a):** Favor de proveer información completa con respecto al niño(a) que se refiere.

<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Apellido</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Edad</b> (en meses)	<b>Lugar de Nacimiento</b>	<b>Sexo</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

<b>Idioma Principal</b>	<b>Etnicidad</b>	<b>Número de Seguro Social</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sí el nombre del niño(a) ha cambiado, favor de indicar el nombre previo.

<b>Primer Nombre Previo</b>	<b>Segundo Nombre Previo</b>	<b>Apellido Previo</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Con quién vive el niño(a)?  Padres  Madre únicamente  Padre únicamente  Padres de Crianza  Casa Hogar

**Dirección**

<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Quién es la persona legalmente responsable a quien se le puede contactar sobre la solicitud del niño(a)?

<b>Primer Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Relación</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Número de Teléfono Principal</b>	<b>Número de Teléfono Alterno</b>	<b>Correo Electrónico</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Favor de proporcionar información sobre la persona, agencia, u oficina que hizo la referencia.

<b>Nombre de Agencia/Persona</b>	<b>Número de Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿El niño(a) ha recibido servicios o una evaluación en otro Centro Regional?     Sí     No

Si indica que "Sí," favor de indicar el nombre del Centro Regional.

Para uso de DCFS solamente: Por favor dé el nombre de la persona legalmente responsable para la educación del niño(a).

<b>Primer Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Número de Teléfono</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA 93535 - (661) 945-6761

## Información del Padre:

¿El papá vive con el niño(a)? En caso de "Sí", indicar aquí.

Si la información del papá no es conocida, indicar aquí.

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Idioma

Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal

Número de Teléfono	Número de Seguro Social

Nombre del Empleador	Título / Ocupación

Discapacitado  Sí  No      Fallecido  Sí  No

Estado Civil  Casado  Divorciado  Separado  Soltero  Viudo

Edad del padre al nacer el niño/la niña \_\_\_\_\_ Número de hijos \_\_\_\_\_

## Información de la Mamá:

¿La mamá vive con el niño(a)? En caso de "Sí", indicar aquí.

Si la información de la mamá no es conocida, indicar aquí.

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Idioma

Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal

Número de Teléfono	Número de Seguro Social

Nombre del Empleador	Título / Ocupación

Discapacitado  Sí  No      Fallecido  Sí  No

Estado Civil  Casado  Divorciado  Separado  Soltero  Viudo

Edad de la madre al nacer el niño/la niña: \_\_\_\_\_ Número de hijos \_\_\_\_\_

**Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6170 o por correo electrónico a [Earlstartintake@nlarc.org](mailto:Earlstartintake@nlarc.org)**



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA 93535 - (661) 945-6761

**Historial Médico:** (Autorización de Archivos Médicos necesarios para confirmar información)

¿El niño(a) estuvo en la unidad de cuidado intensivo o hubo complicaciones de nacimiento?  Sí  No

Favor de indicar el peso de nacimiento, nivel prematuro, y cualquier complicación en la casilla de abajo.

¿El niño(a) tiene algún diagnóstico o condición médica?  Sí  No

¿El niño(a) tiene algún deterioro visual?  Sí  No

¿Favor de indicar en la casilla de abajo?

Favor de describir sus preocupaciones primordiales con el desarrollo del niño(a).

## Desarrollo del Lenguaje

- |   |  |
|---|--|
| 1. ¿Cuántas palabras dice el niño(a)? _____   | 4. ¿El niño(a) entiende y sigue instrucciones? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| 2. ¿El niño(a) puede combinar palabras? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | 5. ¿El niño(a) responde a su nombre? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No           |
| 3. ¿El niño(a) ha perdido el habla? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No     | 6. ¿Se le ha evaluado la audición al niño(a)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  |

En la casilla de abajo favor de describir cualquier preocupación sobre el desarrollo de lenguaje del niño(a). También indique los resultados de la evaluación auditiva, si aplica.

## Desarrollo Físico

Indique la edad en meses cuando el niño(a) pudo hacer lo siguiente:

Sostener la cabeza _____	Rodar de lado a lado _____	Sentarse sin apoyo _____
Levantarse por si solo _____	Caminar sin ayuda _____	Caminar con ayuda _____
Caminar sujetado de muebles _____		

Favor de describir cualquier preocupación sobre el desarrollo físico del niño(a) en la casilla de abajo.

## Comportamiento - Social

Favor de describir cualquier preocupación sobre la interacción social y/o comportamiento del niño(a) en la casilla de abajo.

**Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6170 o por correo electrónico a [Earlystartintake@nlacrc.org](mailto:Earlystartintake@nlacrc.org)**



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA 93535 - (661) 945-6761

## Información del Médico Clínico Para Pedir Archivos Médicos

Favor de indicar el nombre e información de contacto del hospital de nacimiento o NICU del niño(a), doctor actual y/o cualquier otro especialista médico y firme los consentimientos correspondientes para obtener archivos actuales de estos proveedores en las paginas 6, 7, y 8.

### A. Hospital de Nacimiento / Unidad Neonatal de Cuidado Intensivo (NICU)

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Número de Teléfono

### B. Médico Actual

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Número de Teléfono

Especialización

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### C. Otro Médico o Especialista Médico (por ejemplo, Neurólogo, Genetista, o Especialista Ortopédico)

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Número de Teléfono

Especialización

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**Información de Seguro Médico IMPORTANTE:** Favor de proporcionar una copia de la tarjeta de seguro del solicitante con su solicitud. Es un requisito de la ley de California.

Nombre de Compañía Aseguradora

Número de Teléfono de la Compañía de Seguros

Medi-Cal

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre del Propietario de la Póliza

Número de Póliza

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6170 o por correo electrónico a [Earlstartintake@nlarc.org](mailto:Earlstartintake@nlarc.org)**



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA 93535 - (661) 945-6761

## Consentimiento Para Una Evaluación Y Divulgación De Información

**Consentimiento para una evaluación y divulgación de información:** Su consentimiento por escrito es necesario antes de que cualquier evaluación pueda ser llevada a cabo. Adicionalmente, su consentimiento por escrito es necesario para permitir que su información personal sea proporcionada a un proveedor de servicios del Centro Regional con el propósito de coordinar la evaluación. La evaluación le ayudará a usted y al equipo del Centro Regional a conocer sobre su hijo(a) y puede incluir el hablar con usted sobre el desarrollo de su hijo(a), una observación de su hijo(a) en el hogar o en otros entornos, y revisar archivos médicos o y/u otros expedientes. Esta información asistirá al Centro Regional a determinar la elegibilidad de su hijo(a) para el programa de Intervención Temprana del Estado de California y nos ayudará a identificar el tipo de servicios de intervención temprana necesarios.

### Para su información:

- ◆ Su consentimiento para la evaluación es completamente **voluntario y puede ser retirado en cualquier momento**.
- ◆ La evaluación es requerida para determinar la elegibilidad; sin una evaluación, los servicios no pueden ser proporcionados.
- ◆ La evaluación será conducida en el idioma principal de su hijo(a) y familia, y de una manera oportuna.
- ◆ La evaluación le ayudará a identificar sus preocupaciones sobre su hijo(a) y familia.
- ◆ La evaluación proporcionará información sobre el desarrollo de su hijo(a).
- ◆ Usted puede solicitar información sobre la evaluación al igual que una copia de los resultados.
- ◆ La información de su hijo(a) y familia es estrictamente confidencial y solo se proporcionará con su consentimiento por escrito.
- ◆ Ningún servicio deberá de comenzar, cambiar, o terminar sin una notificación por escrito o el consentimiento por escrito de la familia.
- ◆ Usted tiene el derecho de examinar e inspeccionar el archivo de su hijo(a).
- ◆ Usted tiene el derecho de recibir más información por escrito sobre sus derechos.

### Su hijo(a) será evaluado en las siguientes áreas:

- Desarrollo cognitivo
- Desarrollo del habla y lenguaje (comunicación)
- Desarrollo social o emocional
- Desarrollo físico/motor
- Desarrollo de adaptación

### Al firmar el presente formulario, usted está de acuerdo en que el NLACRC:

**Complete una evaluación de desarrollo en todos los cinco (5) dominios del desarrollo** con el fin de ayudar a determinar si mi hijo(a) califica o sigue siendo elegible para recibir los Servicios de Intervención Temprana. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que podré negarme a recibir servicios de evaluación en cualquier momento.

**Revele información personal identificable** a un proveedor de servicios de un centro regional para una referencia para una evaluación. Entiendo que estos datos incluirán, entre otros, los nombres de los padres y del niño/de la niña, la fecha de nacimiento del niño/de la niña, la dirección de casa y el número o números de teléfono.

**Revele información personal identificable** a una agencia de que es posible que mi hijo(a) tenga una condición "potencialmente elegible", además de proveer asistencia adicional y recursos genéricos. Entiendo que se podría referir a mi hijo(a) a agencias como la Local Education Agency (LEA - Agencia de Educación Local), Family Resource Center (FRC - Centro de Recursos de California), California Children Services (CCS - Servicios para Niños de California), y/o Early Head Start, etc. Entiendo que el NLACRC no revelará mi información sin antes comunicarse con nosotros para confirmar el nombre de la agencia. Entiendo asimismo que tengo derecho a revocar la revelación de mi información en cualquier momento.

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6170 o por correo electrónico a [Earlstartintake@nlacrc.org](mailto:Earlstartintake@nlacrc.org)**



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA 93535 - (661) 945-6761

## Autorización para revelar información del desarrollo y información educativa

Por medio del presente autorizo al **CENTRO REGIONAL DEL NORTE DEL CONDADO DE LOS ANGELES(NLACRC)** y/o a sus empleados designados para que revelen información médica protegida, incluidos datos médicos, del desarrollo y/o educativos, según se indica a continuación, con el fin de ayudar en la planificación de transición con la Agencia de Educación Local.

Revelar información en los expedientes médicos y/o de otra índole de:

Nombre:  Fecha de nacimiento:

UCI#:

Entregar los expedientes a  Atención:

### REVOCACIÓN

El suscrito podrá revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito, ir firmada por el suscrito y entregarse al NLACRC en la dirección antes mencionada. La revocación por escrito entrará en vigencia en el momento de recibirla, pero no será válida hasta el grado en que el solicitante o terceros hayan actuado basándose en esta autorización.

### REVELACIÓN POSTERIOR DE INFORMACIÓN

Se requiere por ley que el NLACRC y muchas otras organizaciones y personas mantengan la confidencialidad de su información médica. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguien que no esté legalmente obligado a mantener su confidencialidad, los datos ya no contarán con la protección de las leyes estatales y federales de confidencialidad.

*Autorizo/autorizamos a NLACRC para que transmita la información de mi/nuestro hijo(a) a la agencia de educación local, incluida tanto la información de las evaluaciones y valoraciones como copias de los IFSP que se hayan implementado para ayudar a la LEA a identificar las evaluaciones necesarias para determinar la elegibilidad para recibir educación especial conforme a la Parte B de IDEA para los 3 años de edad.*

Entiendo que esta autorización es voluntaria y se puede revocar en cualquier momento. Entiendo que tengo derecho a omitir ciertos expedientes para que no se revele su información a la LEA.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización para mis archivos. Se considera que una copia de esta autorización tiene la misma validez que un original.

Firma del cliente (si es mayor de 18 años) o Representante Legal del Cliente

Fecha

Nombre con letra de molde

Relación, si la firma una persona que no sea el consumidor

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6170 o por correo electrónico a [EarlyStartintake@nlacrc.org](mailto:EarlyStartintake@nlacrc.org)



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA 93535 - (661) 945-6761

## Autorización para usar y/o revelar información médica, educativa, y/u otra información de salud protegida

A:  Atención:

Por medio del presente autorizo al profesional médico, hospital, clínica, centro de salud mental y/o a sus empleados información médica protegida y registros educativos según se indica a continuación.

Por favor, revele expedientes e/o información médica con respecto a:

Nombre:  Fecha de nacimiento:

Revele la información a: **Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles (NLACRC)**

### VIGENCIA

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y seguirá vigente hasta el \_\_\_\_\_ o tendrá una duración de un año a partir de la fecha de la firma si no se incluye una fecha.

### REVOCACIÓN

El suscrito podrá revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito, ir firmada por el suscrito y entregarse al NLACRC en la dirección antes mencionada. La revocación por escrito entrará en vigencia en el momento de recibirla, pero no será válida hasta el grado en que el solicitante o terceros hayan actuado basándose en esta autorización.

### REVELACIÓN POSTERIOR DE INFORMACIÓN

Se requiere por ley que el NLACRC y muchas otras organizaciones y personas mantengan la confidencialidad de su información médica. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguien que no esté legalmente obligado a mantener su confidencialidad,

### Especifique los documentos

Marque y firme con sus iniciales las casillas correspondientes a la información que usted autoriza a revelar:

- Información médica:** Archivos de nacimiento, visitas al consultorio médico, exámenes físicos, evaluaciones sobre el desarrollo, admisiones a hospitales y resumen de egresos.
- Registros educativos**
- Información psicológica/psiquiátrica:** Evaluaciones, documentos de medicamentos y tratamientos, admisiones a hospitales y resumen de egresos y resultados de diagnósticos, incluyendo hojas de puntuación de exámenes.

Firma \_\_\_\_\_

- VIH/SIDA**

Firma \_\_\_\_\_

- Otros (Especificar)**

*Solicito que la información médica a revelar, según estipulada conforme a esta autorización, sea utilizada únicamente para los siguientes propósitos: Esta información será utilizada por NLACRC para evaluar y tomar decisiones con respecto a la elegibilidad de servicios apropiados para este individuo.*

*Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios es independiente del acto de firmar de esta autorización. Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización para mis archivos. Una copia de esta autorización es válida como un original.*

Firma del cliente (si es mayor de 18 años) o Representante Legal del Cliente

Fecha

Nombre con letra de molde

Relación, si la firma una persona que no sea el consumidor

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6170 o por correo electrónico a [EarlyStartintake@nlacrc.org](mailto:EarlyStartintake@nlacrc.org)



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA 93535 - (661) 945-6761

## Autorización para usar y/o revelar información médica, educativa, y/u otra información de salud protegida

A:  Atención:

Por medio del presente autorizo al profesional médico , hospital, clínica, centro de salud mental y/o a sus empleados información médica protegida y registros educativos según se indica a continuación.

Por favor, revele expedientes e/o información médica con respecto a:

Nombre:  Fecha de nacimiento:

Revele la información a: **Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles (NLACRC)**

### VIGENCIA

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y seguirá vigente hasta el \_\_\_\_\_ o tendrá una duración de un año a partir de la fecha de la firma si no se incluye una fecha.

### REVOCACIÓN

El suscrito podrá revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito, ir firmada por el suscrito y entregarse al NLACRC en la dirección antes mencionada. La revocación por escrito entrará en vigencia en el momento de recibirla, pero no será válida hasta el grado en que el solicitante o terceros hayan actuado basándose en esta autorización.

### REVELACIÓN POSTERIOR DE INFORMACIÓN

Se requiere por ley que el NLACRC y muchas otras organizaciones y personas mantengan la confidencialidad de su información médica. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguien que no esté legalmente obligado a mantener su confidencialidad,

### Especifique los documentos

Marque y firme con sus iniciales las casillas correspondientes a la información que usted autoriza a revelar:

- Información médica:** Archivos de nacimiento, visitas al consultorio médico, exámenes físicos, evaluaciones sobre el desarrollo, admisiones a hospitales y resumen de egresos.
- Registros educativos**
- Información psicológica/psiquiátrica:** Evaluaciones, documentos de medicamentos y tratamientos, admisiones a hospitales y resumen de egresos y resultados de diagnósticos, incluyendo hojas de puntuación de exámenes.

Firma \_\_\_\_\_

- VIH/SIDA**

Firma \_\_\_\_\_

- Otros (Especificar)**

*Solicito que la información médica a revelar, según estipulada conforme a esta autorización, sea utilizada únicamente para los siguientes propósitos: Esta información será utilizada por NLACRC para evaluar y tomar decisiones con respecto a la elegibilidad de servicios apropiados para este individuo.*

*Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios es independiente del acto de firmar de esta autorización. Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización para mis archivos. Una copia de esta autorización es válida como un original.*

Firma del cliente (si es mayor de 18 años) o Representante Legal del Cliente

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre con letra de molde \_\_\_\_\_

Relación, si la firma una persona que no sea el consumidor \_\_\_\_\_

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6170 o por correo electrónico a [EarlyStartintake@nlacrc.org](mailto:EarlyStartintake@nlacrc.org)





# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA 93535 - (661) 945-6761

## Aviso De Prácticas De Privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PODRÍA SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

El Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles (NLACRC - *North Los Angeles County Regional Center*) está obligado por ley a mantener la privacidad de su Información de Salud Protegida (PHI - *Protected Health Information*). PHI es información que le identifica a usted de alguna forma (electrónica, escrita, oral, etc.) que es recopilada, creada, mantenida o recibida por NLACRC en relación con su pasado, presente o de su condición de salud o condición física o mental en el futuro. Se nos requiere por ley que le proporcionemos a usted, el consumidor del Centro Regional, este "Aviso de Prácticas de Privacidad" explicándole nuestro deber legal y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. También se nos requiere que acatemos los términos de la versión corriente/actual de este Aviso. En este Aviso, los términos "NLACRC", "nosotros" y "nuestros", se refieren al Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles (*North Los Angeles County Regional Center*).

**NOSOTROS PODRÍAMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD SOBRE USTED, SIN SU PERMISO ESCRITO, EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:**

**Tratamiento:** Podríamos usar y divulgar su PHI para el suministro, coordinación y/o manejo de sus cuidados de salud y servicios relacionados. Por ejemplo, podríamos divulgar su PHI a los coordinadores de casos, doctores, proveedores de servicios de salud, vendedores, asociados comerciales, cuidadores y otras personas que están involucradas en su cuidado, ya sea dentro o fuera de NLACRC.

**Manejo de Cuidados de Salud:** Podríamos usar y divulgar su PHI para el funcionamiento de nuestras operaciones. Por ejemplo, actividades que impliquen, pero no limitadas a, manejo de casos, evaluación y mejoras de calidad de servicios, mitigación de riesgos, omisión o descuido por parte de agencias estatales y federales, procesos de auditoría, entrenamiento y promoción de defensa pública. Esto puede incluir compartir su información con el Departamento de California de Servicios del Desarrollo (DDS) y otros centros regionales de California cuando se requiera.

**Pagos:** Podríamos usar su PHI, por ejemplo, para determinar nuestra responsabilidad de pago o permitirnos facturar y cobrar por tratamientos y servicios de salud que usted recibe.

**Recordatorio y Notificación de Citas:** Podríamos llamarlo respecto a sus citas o para brindarle información que podría ser de su interés.

**Actividades de Salud Pública:** Podríamos compartir su PHI para actividades de salud pública, por ejemplo, cuando esté relacionado a la prevención de enfermedades, lesiones o discapacidad; para dar seguimiento y monitorear ciertos productos médicos.

**Procesos Judiciales:** Podríamos usar y divulgar su PHI para procesos judiciales, por ejemplo, para una audiencia administrativa, a respuesta de una orden de la corte o una citación.

**Orden Público:** Nosotros podríamos compartir su PHI con las agencias encargadas de hacer cumplir la ley, por ejemplo, para responder a una orden de allanamiento o para denunciar un crimen.

**Para Estudios e Investigaciones:** Podríamos usar o compartir su PHI para investigaciones o estudios aprobados por NLACRC y un Directorio de Investigación Institucional, un comité que es responsable, por ley, de revisar y aprobar investigaciones para proteger la seguridad de los participantes y la confidencialidad de su PHI. La participación en cualquier estudio e investigación podría requerir también, específicamente, de su autorización.

**Amenaza Seria a la Salud o Seguridad o en Situaciones de Desastres:** Podríamos usar o compartir su PHI para prevenir amenazas serias / inminentes a usted, o a la salud o seguridad de otras personas.

**Seguridad Nacional:** Podríamos compartir su PHI con oficiales federales autorizados en cuestiones de inteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

**Forenses, Examinadores Médicos, Funerarias y Donación de Órganos:** Podríamos compartir su PHI con estas agencias, según estipulado por ley, para permitir a estos individuos realizar sus funciones oficiales: por ejemplo, para identificar a un difunto.

**Instituciones Correccionales/ Penales:** Si usted está bajo la custodia legal, podríamos compartir su PHI con instituciones correccionales o penales o agencias policíacas, según sea necesario para su cuidado médico.

**Según lo que Estipula la Ley:** Compartiremos su PHI cuando esté estipulado por ley.

### OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Otros usos y revelaciones de la Información de Salud Protegida no cubiertas por este aviso o por las leyes que nos aplican a nosotros, serán realizados únicamente con su permiso y autorización por escrito. La autorización que usted nos dé para usar o divulgar su PHI podría ser revocada, por usted, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, esto detendrá cualquier uso o divulgación futura de su PHI para propósitos indicados en su autorización escrita. Usted debe entender que nosotros no podemos exigir la devolución de cualquier información divulgada que ya se haya hecho con su permiso, y que a nosotros se nos requiere mantener archivos y expedientes de los cuidados que le hemos proporcionado a usted. Hay requisitos más estrictos para el uso y divulgación de ciertos tipos de PHI, por ejemplo, expedientes sobre VIH/SIDA, salud mental y tratamientos de abuso de drogas y alcohol. Este tipo de información sólo puede ser divulgada de acuerdo con leyes más estrictas.



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA 93535 - (661) 945-6761

## Sus Derechos Respecto A La Información De Salud Protegida Incluyen:

**El Derecho a Inspeccionar y Sacar Copias de sus Expedientes** Usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, e inspeccionar y sacar copias de su PHI en áreas designadas. Si nosotros negamos una petición, le haremos saber por escrito dándole las razones y usted tiene el derecho de que nuestra decisión sea revisada.

**El Derecho de Solicitar Cambios/ Alteraciones a sus Expedientes** Si usted cree que su PHI es incorrecto o está incompleto, usted tiene el derecho de pedir, por escrito, que nosotros lo corrijamos, explicando por qué nosotros deberíamos hacer las correcciones o añadir alguna información. Si nosotros negamos su petición, lo haremos por escrito dándole las razones y usted puede someter un documento de desacuerdo.

**El Derecho a Solicitar Restricciones** Usted tiene el derecho a solicitar, por escrito, una restricción o limitación de nuestro uso o divulgación de su PHI. Usted podría solicitar que su PHI no sea compartido con otras personas o entidades, como un familiar o un amigo(a). Sin embargo, por ley, nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su petición.

**El Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales** Usted tiene el derecho a solicitar, por escrito, que nosotros nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, nos podría pedir que nosotros nos comuniquemos con usted solamente en su trabajo o por correo. Cuando nosotros podamos de forma razonable o legal consideraremos su petición, lo haremos.

**El Derecho a la Contabilidad de las Divulgaciones** Usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, una contabilidad de las divulgaciones de su PHI hasta un periodo de seis años anteriores a la petición, pero no para divulgaciones hechas antes del 14 de abril del 2003. Una contabilidad de divulgaciones no incluye aquellas hechas para aprobar un tratamiento, procedimientos de cuidados de salud, pago, notificación general, agencias policiales, seguridad nacional, penitenciarias y según sea estipulado por ley. Además, una contabilidad no incluye divulgaciones por las cuales el Centro Regional haya obtenido o tenga una autorización firmada, divulgaciones a usted, a su proveedor de cuidados, o a personas que lo representen.

**Derecho a tener una copia de este Aviso en papel** Usted tiene derecho a recibir una copia de este Aviso en papel cuando la solicite y en cualquier momento. Se pueden bajar copias del sitio [www.nlacrc.org](http://www.nlacrc.org), obtener en la recepción de cualquiera de nuestras oficinas o por medio del administrador del caso.

**CAMBIOS A ESTE AVISO** Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso y nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento, siempre y cuando los cambios sean consistentes con las leyes estatales y federales. Cualquier aviso revisado aplicará al PHI que tengamos actualmente de usted en el momento del cambio y a cualquier PHI creado o recibido después que los cambios entren en vigor. Una copia del actual Aviso estará disponible en todas las oficinas de NLACRC en un lugar accesible y notable. De hacer algún cambio a nuestro Aviso, usted puede obtener una copia del Aviso actual en el sitio web del NLACRC, en la recepción o con su administrador del caso.

**PREGUNTAS/QUEJAS** Si usted tiene preguntas con respecto a este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, o si usted está escribiendo sobre su PHI, incluyendo peticiones de restricciones de uso o divulgación, o para hacer una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor escriba a NLACRC, Attn: HIPAA Privacy Officer, 15400 Sherman Way, Suite 170, Van Nuys, CA, 91406, teléfono (818) 778-1900. Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, también puede notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Usted no será penalizado por haber hecho una queja.



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA 93535 - (661) 945-6761

## Protegiendo la Privacidad de su Hijo(a): Lo que necesita saber Notificación Inicial y Anual

Antes de que su hijo(a) sea evaluado(a) para los servicios de Intervención Temprana y por lo menos una vez al año, tenemos la obligación de informarle por escrito que información vamos a reunir sobre su familia y su hijo(a) y que es lo que hacemos para cerciorarnos de que esta información permanezca confidencial. La siguiente información es muy importante para su familia.

### ¿Qué información mantenemos en el archivo que se usa para identificar a su hijo(a)?

Mantenemos en el archivo "datos personales" como el nombre completo del niño(a), nombre de los padres, dirección, número de Seguro Social u otros datos personales, e información relacionada con el diagnóstico del niño(a), género, etnicidad, etc.

### ¿De dónde obtenemos información sobre su niño(a)?

La información se obtiene de personas o agencias que han referido a su niño(a) para servicios de Intervención Temprana y de usted, el padre. Con su consentimiento por escrito, la información también se obtiene de otras personas/agencias que conocen a su niño (a). Estas personas incluyen doctores, maestros, trabajadores sociales y especialistas de hospitales, Centros Regionales, escuelas, etc.

### ¿Cómo utilizamos la información que obtenemos de su niño(a)?

La información se utiliza para determinar si su niño(a) es elegible para los servicios de Intervención Temprana. Si su niño(a) es elegible, utilizamos la información para hacer un plan de servicios. Si su niño(a) no es elegible al momento, se archivará para una posible futura referencia para los servicios antes de que cumpla los tres años de edad.

### ¿Qué información utilizamos para evaluar a su niño(a) para desarrollar el Plan Individual de Servicios para la Familia (IFSP)?

Un equipo de profesionales de varias ramas y usted, el padre, utilizan información de varios recursos para evaluar a su niño(a) y desarrollar el IFSP. Los archivos médicos y reportes del estado de salud, información obtenida de observaciones de, entrevistas y reportes de los padres, la administración de pruebas u otros instrumentos se pueden utilizar.

### ¿Dónde mantenemos la información sobre su niño(a)?

La información sobre su niño(a) se guardará en la estación de trabajo del coordinador de servicios o en un cuarto de archivos centralizados. Toda la información de datos personales se mantiene en archivadores, cuartos de archivos o en archivos computarizados que se vigilan por el personal que está capacitado para cuidar información confidencial.

### ¿Por cuánto tiempo mantenemos la información sobre su niño(a) y cuando se la destruye?

Las agencias publicas deben de informar a los padres cuando la información de datos personales ya no es necesaria para proveer servicios escolares a su niño(a). Los datos personales de un niño(a) con una discapacidad pueden ser guardados por tiempo indefinido a menos de que los padres indiquen que se destruya. Si los padres piden que se destruya la información, la agencia escolar puede guardar algunos datos como el nombre de su niño(a), dirección, número de teléfono y los años que duró en el programa. Los padres tienen que tomar en cuenta que esta información la puede necesitar su niño(a) o los padres para solicitar beneficios del Seguro Social o para otros propósitos.

### ¿Cuándo proporcionamos información a otros?

No se revela la información a terceros sin su consentimiento por escrito. Debemos de mantener un consentimiento por escrito que indique con quien podemos compartir información sobre su niño(a) (aparte de usted o el personal de la agencia escolar o el Centro Regional).

### ¿Qué derechos tienen los padres de ver la información sobre su niño(a)?

El archivo de su niño(a) o su familia debe estar disponible para que usted lo revise al más tardar de cinco (5) días hábiles después de que usted lo haya pedido (o al menos de que haya una orden judicial u otro documento que revoque sus derechos). Explicaciones o traducciones del archivo se deben de proporcionar si usted las solicita.

### ¿Dónde puedo obtener más información sobre mis derechos?

Siempre debe de pedir más información a su coordinador de servicios. Se le ha proporcionado información adicional sobre los derechos de los padres en el formulario de Intervención Temprana. La fuentes principales incluyen: el Acta de Derechos de Educación Familiar y Privacidad de 1974 (Título 34 del Código de Reglamentos Federales), Título 20 del Código de los Estados Unidos, y los reglamentos de Intervención Temprana de California.

Si tiene preguntas sobre el archivo de su niño(a), favor de preguntarle a su coordinador de servicios.

NLACRC - Early Start (Updated - 11/9/10)



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA 93535 - (661) 945-6761

## Derechos y Responsabilidades para los padres en el Programa de Intervención Temprana Notificación Inicial y Anual

### Evaluación y Determinación Inicial

Elegibilidad para el Programa de Intervención Temprana es determinada al revisar los archivos pertinentes, información obtenida de la observación de los padres y reporte, y una evaluación administrada por personal adecuado. Si su hijo(a) es determinado elegible, usted tiene el derecho a servicios adecuados de intervención temprana. Usted tiene el derecho de proporcionar información durante el proceso y se las alienta a tomar decisiones sobre la temprana intervención de su hijo(a). Las protecciones procesales aseguran que los niños y sus padres o tutores legales sean proporcionados con todos sus derechos permitidos de acuerdo con la ley.

Como padre o tutor legal, usted tiene el derecho a:

1. Que se le de la oportunidad de iniciar el proceso de evaluación y determinación.
2. Que en un plazo de 45 días, después de que se haya referido a su hijo(a) a un Centro Regional, o a una agencia local de educación, tienen que haberse completado las actividades de evaluación y determinación, y tiene que haberse llevado a cabo una reunión del IFSP para su elaboración.
3. Revisar los procedimientos y exámenes utilizados en la evaluación y determinación.
4. Proporcionar permiso, por escrito, antes de que se administre cualquier evaluación o determinación, y a rechazar cualquier evaluación, determinación y servicios de intervención temprana.
5. Ser completamente informado de los resultados de las evaluaciones y determinaciones.

6. Tener acceso a expedientes, incluyendo el derecho a examinar y obtener copias de documentos relacionados a su hijo(a), y el derecho a solicitar a cualquier agencia participante sobre una enmienda de documentos relacionados con su hijo(a).
7. Tener un defensor para que le asista en todo lo referente con el sistema de intervención temprana, incluyendo los Centros Regionales y las agencias locales de educación.
8. Obtener determinaciones y evaluaciones independientes.
9. Mantener la información personal identificable de manera confidencial.
10. Solicitar una audiencia de debido proceso correspondiente para disputar los resultados de cualquier evaluación o determinación.
11. Asistir a una reunión para desarrollar un plan del IFSP, en un plazo de 45 días a partir de la fecha que se hizo la referencia.

Una evaluación significa los procedimientos que el personal apropiado y capacitado utiliza para determinar la elegibilidad inicial y continua de un niño(a) para recibir servicios de intervención a una edad temprana de acuerdo con Programa de Intervención Temprana. Estos procedimientos requieren que:

1. Materiales de evaluación y determinación sean administrados en el lengua materna de los padres del niño(a), o cualquier otra manera de comunicación, al menos de que no sea posible.
2. Procedimientos y materiales de determinación y evaluación son seleccionados y administrados en una manera que no discrimina según sexo, raza, cultura, o una condición de discapacidad.

3. Materiales de determinación y evaluación deberán ser apropiados para los propósitos específicos por lo cual son utilizados.
4. Las evaluaciones y determinaciones se llevan a cabo personal calificado.
5. Las determinaciones o evaluaciones administradas a individuos con impedimentos visuales, de oído o de comunicación deberán ser seleccionadas para reflejar actualmente la aptitud del individuo o nivel de aprendizaje, cualquiera que sea el factor y objetivo de medición.
6. Materiales de evaluación y determinación serán diseñados para evaluar áreas específicas del desarrollo y/o necesidades educacionales y no serán diseñados para proporcionar únicamente las medidas de coeficiencia intelectual.
7. Las evaluaciones y determinaciones son administradas en las cinco áreas de desarrollo, incluyendo, en donde sea apropiado, salud y desarrollo, visión, audición, habilidades motrices, funciones del habla, y estatus social y emocional.

### Plan Individual De Servicios Para La Familia (IFSP)

Si se determina que su hijo(a) es elegible para la intervención temprana, una junta para desarrollar su primer IFSP deberá de llevarse a cabo dentro de 45 días a partir del día que usted fue referida al Centro Regional o agencia de educación local. Usted tiene los siguientes derechos sobre el desarrollo e implementación del IFSP.

El derecho a:

1. Asistir a la audiencia y participar en la determinación de elegibilidad y desarrollo del IFSP.
2. Pedir la asistencia de otros miembros de familia.



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA 93535 - (661) 945-6761

3. Pedir la asistencia y participación de un defensor en la junta del IFSP.
4. Tener el contenido del IFSP explicado en su totalidad en su lengua materna.
5. Dar consentimiento específico para cada servicio indicado en el IFSP. Si usted no da su consentimiento a un servicio, no será proporcionado. Usted puede retirar un consentimiento después de haber comenzado un servicio.
6. Proporcionar una concurrencia a una determinación de sus recursos, prioridades y preocupaciones con respecto a mejorar el desarrollo de su hijo(a).
7. Ser notificado en su lengua materna y por adelantado, antes de que una agencia o proveedor de servicios proponga o se niegue a iniciar o cambiar la identificación, evaluación, determinación, o colocación educacional de su niño(a), o de las provisiones apropiadas de servicios de intervención temprana para su niño(a) o familia.
8. Consentimiento a la transmisión de información sobre su hijo(a) a las agencias locales de educación durante la transición de servicios conforme a la parte B de IDEA.

## Procedimientos Administrativos

Los padres pueden presentar por escrito, una queja referente a la evaluación, determinación, colocación, o cuestiones de provisiones de servicios descritos arriba. Cualquier padre involucrado en una resolución administrativa de una queja tiene el derecho a:

1. Ser acompañado y aconsejado por el abogado o por individuos con respecto a entrenamiento especial para servicios de intervención temprana para niños menores de tres (3) años.
2. Presentar evidencias y enfrentar, interrogar, y obligar la asistencia de testigos.
3. Prohibir la introducción de cualquier evidencia durante los procedimientos que no hayan sido revelados a usted por lo menos cinco (5) días antes de comenzar el procedimiento.
4. Obtener por escrito o electrónicamente una transcripción literal electrónica del procedimiento.
5. Obtener por escrito los resultados y decisiones dentro de treinta (30) días a partir de la fecha en que se entabló la queja.
6. Tener toda la información personal identificable mantenida en una manera confidencial.
7. Requerir que el procedimiento sea llevado a cabo a tiempo y en un lugar que sea convenientemente y razonable para usted.
8. Traer una acción civil sobre la otra parte en la denuncia una vez finalizado del procedimiento.

## Evaluación y Determinación Inicial

Si el Centro Regional, agencia de educación local o proveedor de servicios privado, violan la ley federal o estatal, o una regulación gobernando las provisiones de servicios de intervención temprana, usted tiene el derecho a entablar una queja directamente con el Departamento de Servicios de Desarrollo a la siguiente dirección:

## Departamento de Servicios de Desarrollo

Oficina de Derechos Humanos  
Atención: Early Start Complaint Unit  
1600 9<sup>th</sup> Street, Room 240, MS2-15  
Sacramento, California 95814

La queja deberá ser hecha por escrito e incluir la siguiente información:

- Nombre, dirección, y número telefónico del autor de la queja
- Una declaración del Centro Regional, agencia de educación local, o proveedor de servicios que ha violado una ley federal o estatal gobernando la provisión de servicios de intervención temprana
- Una declaración de los hechos en la cual la alegación es basada
- La otra parte supuestamente responsable
- Una descripción de los pasos voluntarios que deberán tomarse a nivel local para resolver la queja, si las haya.

## Centro Regional Del Norte Del Condado De Los Angeles

9200 Oakdale Ave., Suite 100  
Chatsworth, CA 91311  
(818) 778-1900

43210 Gingham Avenue  
Lancaster, CA 93535  
(661) 945-6761

25360 Magic Mountain Parkway,  
Suite #150  
Santa Clarita, CA 91355  
(661) 775-8450

**Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿quiere solicitar su inscripción para votar hoy aquí?**  
(Marque uno)

- Ya estoy inscrito.      Estoy inscrito para votar en mi dirección residencial actual.
- Sí.      Me quiero inscribir para votar. (Llene la tarjeta adjunta de inscripción para votar.)
- No.      No me quiero inscribir para votar.

**NOTA: SI NO MARCA UNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. PUEDE LLEVAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA VOTAR ADJUNTO E INSCRIBIRSE CUANDO LE SEA CONVENIENTE.**

Nombre del solicitante

Fecha

**Avisos importantes**

1. Si solicita su inscripción para votar, o decide no hacerlo, ello **no** afectará la cantidad de ayuda provista por esta agencia.
2. Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción para votar, lo ayudaremos a hacerlo. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es sólo suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.
3. Si cree que alguien interfirió con su derecho a inscribirse para votar, o a no inscribirse, su derecho a privacidad para decidir si se inscribe o solicita inscribirse para votar, o su derecho a elegir el partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario de Estado llamando sin cargo al (800) 232-VOTA (8682), o escribiendo a: Secretary of State, 1500 - 11<sup>th</sup> Street, Sacramento, CA, 95814. Para obtener más información sobre las elecciones y la votación, visite el sitio web del Secretario de Estado en [www.sos.ca.gov](http://www.sos.ca.gov).