

# Ayudándonos A Crecer (HUG) Programa Iniciativa de Prevención (Prenatal-3)

## Conexiones para Niños y Familias (CFC) #25 (Nacimiento a 3)

### Centro de Recursos para el Autismo (ARC) (ASD O Sospechosa de ASD)

Forma de Referir (o para completar en línea, vaya a (<https://www.optionsandadvocacy.org/intake-referral-form/>))

Teléfono para Referir: 815-477-4720, ext. 238 para CFC, ext. 234 para HUG y ext. 254 para ARC

Fax para Referir: 815-788-0704 o 815-477-4700

## INFORMACIÓN DEL NIÑO

<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Apellido</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____ (o fecha de parto)	
<b>Condado</b> 111- Condado de McHenry		<b>Edad (meses):</b> _____	
<b>También Conocido Como:</b>		<b>Sexo</b> <b>Gestación(en semanas):</b> _____	
		___ Masculino (40 semanas es término completo)	
		___ Femenino <b>Peso de</b>	
		___ Desconocido(prenatal) <b>Nacimiento:</b> _____	
<b>Idioma Principal del Niño:</b> _____ <b>Raza del Niño:</b> _____		<b>Tipo de Seguro (Marque todo lo que corresponda)</b>	
<b>Arreglo De Vivienda del Niño:</b> _____			___ Privado                      ___ SNAP                      ___ CCAP
<b>Ocupantes de Hogar:</b> _____			___ All Kids/Medicaid                      ___ TANF
<b>Otros Niños que Viven en Casa (con Fecha de Nacimiento):</b>			___ Ninguno                      ___ WIC
_____		<b>Exámenes</b>	
_____		<b>anteriormente:</b> ___ Sí                      ___ No	
		<b>Dónde:</b> _____	

## INFORMACIÓN DE REFERENCIA

<b>Nombre/Agencia/Teléfono</b>	<b>Razón de Referir:</b> (¿Preocupaciones por el desarrollo? ¿Estresores familiares? Trastorno del espectro autista o sospechado ASD)
<b>Referir:</b> <input type="checkbox"/> HUG <input type="checkbox"/> CFC <input type="checkbox"/> ARC	¿Preocupaciones por audición? _____                      ¿Historial de infecciones de oído? _____ #

## INFORMACION DEL MEDICO

<b>Nombre del Médico/ Clínica:</b>	<b>Teléfono del Medico:</b>
	<b>Fax del Medico:</b>

## CONTACTO PRIMARIO

## CONTACTO SECUNDARIO

<b>Nombre:</b>	<b>Idioma Preferido:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Idioma Preferido:</b>
<b>Relación:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Relación:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Cell:</b>		<b>Cell:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>		<b>Correo electrónico:</b>	

<b>Comentarios/Método de contacto preferido (teléfono, correo electrónico, mensaje de texto):</b>
---

<b>Nombre de Persona haciendo referencia:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____
<b>Teléfono:</b> _____