

# Formulario EI-12

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento  
del niño/a

Nombre(s) del  
padre/la madre

Número de ETID

## Documentación de la afección diagnosticada

Doy mi consentimiento para que este formulario se envíe a mi profesional médico con el fin de obtener documentación sobre el diagnóstico de mi hijo/a y su impacto en el desarrollo.

Firma del padre/la madre

Fecha

Estimado profesional médico: Según los requerimientos estatales y federales para la elegibilidad de conformidad con la Parte C de la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), la mayoría de los diagnósticos médicos no derivan en elegibilidad automática para recibir los servicios de intervención temprana. No obstante, un profesional autorizado para diagnosticar y tratar trastornos físicos o mentales puede determinar que es muy probable que una afección diagnosticada del niño/a derive en un retraso del desarrollo. Luego, el equipo de intervención temprana llevará a cabo una valoración completa para determinar las necesidades del niño/a en el programa. **Para poder determinar la elegibilidad de recibir servicios de intervención temprana en este formulario, debe completar todas las secciones.**

Indique en el recuadro el diagnóstico específico del niño/a. **No** incluya "retraso generalizado", "retraso en el desarrollo" o inquietudes sobre el desarrollo como "preocupaciones sobre el desarrollo del habla".

Es mi impresión que la afección del niño/a dará como resultado un retraso en el desarrollo en, al menos, una de las siguientes áreas del desarrollo (marque todas las opciones que correspondan)

Comunicación

Área socioemocional

Comentarios (opcional)

Motricidad

Habilidades adaptativas, de cuidado

Visión y

personal e independencia

audición

Habilidades cognitivas, resolución de problemas

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**No** tengo razón alguna para creer que la afección del niño/a podría resultar en un retraso del desarrollo. No obstante, entiendo que el padre/la madre y el niño/a tienen el derecho de que se realice una evaluación del desarrollo para determinar la elegibilidad.

## Profesional autorizado para realizar el diagnóstico y tratar afecciones físicas o mentales

Nombre

Tipo de licencia

Teléfono

Firma

Correo electrónico

Fecha

## Devuelva este formulario al coordinador de servicios de intervención temprana del niño/a

Nombre del coordinador de servicios de Intervención temprana

Número de fax

Correo electrónico

**Solo para uso del coordinador de servicios de intervención temprana**

Fecha de recepción del formulario \_\_\_\_\_



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention