

# Formulario EI-14

## Seguimiento de la derivación profesional

---

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Nombre del niño/a derivado/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de derivación al programa de intervención temprana \_\_\_\_\_

Nombre del profesional que derivó al niño/a \_\_\_\_\_ Nombre de la agencia \_\_\_\_\_ Información de contacto del profesional o la agencia \_\_\_\_\_

---

El programa de intervención temprana (Early Intervention, EI) no obtuvo el consentimiento del padre/la madre para compartir la información sobre el estado de la derivación del niño/a. Contacte a la familia para obtener más información.

Se trató de contactar a los padres sin éxito. Háganos saber si cuenta con información de contacto actualizada del padre/la madre.

### El padre/la madre dio su consentimiento para compartir la siguiente información:

El padre/la madre rechazó los servicios de intervención temprana de Ohio.

El niño/a es elegible para recibir los servicios de intervención temprana de Ohio y se ha desarrollado el Plan de Servicio Familiar Individualizado (Individualized Family Service Plan, IFSP).

Se evaluó al niño/a y se determinó que este no es elegible para recibir los servicios de intervención temprana de Ohio.

Se realizó una evaluación del desarrollo y no se encontró motivo alguno para sospechar que el niño/a tenga un retraso o una discapacidad.

Otro: \_\_\_\_\_

---

Mi coordinador/a de servicios me brindó toda la información relacionada con el hecho de compartir el estado de la derivación de mi hijo/a al programa de intervención temprana, y me explicó mis derechos como padre/madre, como mi derecho a dar consentimiento. Recibí una copia del folleto sobre Derechos de los padres en relación con los servicios de intervención temprana de Ohio ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de los servicios de intervención temprana. Comprendo lo que significa y doy mi consentimiento para compartir información sobre el estado de la derivación de mi hijo/a con el profesional que hizo la derivación.

Nombre(s) del padre/la madre \_\_\_\_\_

Firma(s) del padre/la madre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

***El programa de servicios de intervención temprana de Ohio agradece su derivación. Puede hacer una nueva derivación en cualquier momento comunicándose con Central Intake al 1-800-755-4769 o visitando [www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org).***



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention