
Fecha

Estimado _____
(Padre/tutor)

La ley federal exige que el estado de Carolina del Norte identifique a los niños con necesidades especiales de salud. El propósito del cuestionario que se encuentra al reverso de este formulario es identificar a estos niños. Lea las preguntas 1 a 5 y contéstelas todas. Si su respuesta es sí a dos preguntas que aparecen en cualquiera de los cuadros, escriba el o los nombres de el o los niños en los espacios que se proporcionan. Firme y feche el cuestionario. Envíe el formulario al Departamento de Servicios Sociales por correo o entréguelo en persona. Si tiene preguntas sobre este formulario, llame a su asistente social o al Departamento de Servicios Sociales.

Asistente social

Número de teléfono

(al anverso)

CUESTIONARIO PARA NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

Conteste las preguntas que aparecen a continuación y envíe este formulario al Departamento de Servicios Sociales.

Padre/tutor *(en letra de imprenta)* _____

For office use only

Date _____ Due Date _____ C. Case No. _____ Worker _____

1 ¿Necesitan actualmente sus hijos algún medicamento que les haya recetado un médico aparte de vitaminas?
_____ sí _____ no.

1a ¿Necesitan sus hijos este medicamento debido a ALGÚN problema médico, de conducta u otra afección de salud que haya durado o que se espera que dure, por lo menos, 12 meses? _____ sí _____ no
Si su respuesta es sí, indique el nombre de el o los niños _____

2 ¿Necesitan sus hijos más servicios de atención médica, de salud mental o servicios educacionales que lo usual o de rutina para la mayoría de los niños de la misma edad? sí _____ no _____

2a ¿Necesitan sus hijos estos servicios debido a ALGÚN problema médico, de conducta u otra afección de salud que haya durado o que se espera que dure, por lo menos, 12 meses? _____ sí _____ no
Si su respuesta es sí, indique el nombre de el o los niños _____

3 ¿Están sus hijos limitados o impedidos de alguna forma, en cuanto a su capacidad, para hacer las cosas que la mayoría de los niños de su misma edad pueden hacer? _____ sí _____ no.

3a ¿Se debe esto a ALGÚN problema médico, de conducta u otra afección de salud que haya durado o que se espera que dure, por lo menos, 12 meses?
_____ sí _____ no
Si su respuesta es sí, indique el nombre de el o los niños _____

4 ¿Necesita su hijo terapia especial como fisioterapia, terapia ocupacional o del lenguaje?
_____ sí _____ no.

4a ¿Necesitan sus hijos esta terapia debido a ALGÚN problema médico, de conducta u otra afección de salud que haya durado o que se espera que dure, por lo menos, 12 meses? _____ sí _____ no
Si su respuesta es sí, indique el nombre de el o los niños _____

5 ¿Tienen actualmente sus hijos algún tipo de dificultad emocional, de desarrollo o de conducta, por lo cual necesiten tratamiento o asesoría? _____ sí _____ no

5a ¿Necesitan sus hijos este tratamiento o esta asesoría debido a ALGÚN problema médico, de conducta u otra afección de salud que haya durado o que se espera que dure, por lo menos, 12 meses? _____ sí _____ no
Si su respuesta es sí, indique el nombre de el o los niños _____

Firma _____ Fecha _____

Padre/tutor