

CONDADO DE RESIDENCIA DEL MENOR: _____ FECHA DE REMISIÓN DEL MENOR: (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Sección 1: INFORMACIÓN OBLIGATORIA (Si marca esta casilla, la Municipalidad indica que recibió confirmación del origen de la remisión de que se consultó al padre/madre/tutor y que no se puso a la remisión)

Información del menor	<p>NOMBRE DEL MENOR:</p> <p>Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____</p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO: (MM/DD/AAAA) ____/____/____</p> <p>IDIOMA DOMINANTE o MODO DE COMUNICACIÓN:</p> <p>Menor _____ Padre/madre/tutor _____</p>	
	<p>SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>DIRECCIÓN DEL MENOR: (Calle, Apto. N.º) _____</p>	<p>ORIGEN ÉTNICO: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No soy hispano ni latino</p> <p>RAZA: (seleccione más de una si corresponde)</p> <p><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco</p>	
<p>MOTIVO DE LA REMISIÓN: (Marque solo UNO)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. SOSPECHA Se está remitiendo a este menor porque se sospecha que tiene un retraso del desarrollo o una discapacidad.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. CONFIRMADO Se está remitiendo a este menor porque tiene una discapacidad confirmada (condición física o mental diagnosticada que tiene una alta probabilidad de tener como consecuencia un retraso del desarrollo).</p> <p><input type="checkbox"/> 3. EN RIESGO NO se sospecha que este menor tenga una discapacidad en este momento, pero se le está remitiendo porque está EN RIESGO de tener una discapacidad (por ejemplo, criterio de riesgo identificado en la regulación, remisiones de CAPTA, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. EN RIESGO El bebé no pasó la evaluación de audición en recién nacidos y no recibió el seguimiento necesario.</p>			
Información del origen de la remisión	<p>INFORMACIÓN DEL ORIGEN DE LA REMISIÓN:</p> <p>Primer nombre _____ Apellido _____</p> <p>Nombre de la agencia/centro: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: (____) _____ - _____ Ext. _____</p> <p>Fax: (____) _____ - _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p>	<p>TIPO DE ORIGEN DE LA REMISIÓN: (Marque solo UNO)</p> <p><input type="checkbox"/> Padre/madre/tutor</p> <p><input type="checkbox"/> Otro familiar (especifique) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica primaria del menor</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital o clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de la comunidad/Proveedor de EIP</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</p>	
	<p>NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR:</p> <p>Apellido _____ Primer nombre _____</p> <p>Casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____</p> <p>Trabajo: (____) _____ - _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Calle, Apto. N.º _____</p> <p>Ciudad _____ Código postal _____</p>	<p>NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR:</p> <p>Apellido _____ Primer nombre _____</p> <p>Casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____</p> <p>Trabajo: (____) _____ - _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Calle, Apto. N.º _____</p> <p>Ciudad _____ Código postal _____</p>	
Información de contacto del padre/madre/tutor	<p>NOMBRE DEL CUIDADOR/CONTACTO ALTERNO:</p> <p>Apellido _____ Primer nombre _____</p> <p>Teléfono: (____) _____ - _____</p>	<p>RELACIÓN CON EL MENOR:</p> <p><input type="checkbox"/> Abuelo/abuela <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Padre/madre de crianza temporal</p>	

Sección 2: LA SIGUIENTE INFORMACIÓN NECESITA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, POR ESCRITO, DE LOS PADRES PARA COMPARTIRLA:

Es necesario el consentimiento informado por escrito del padre/madre/tutor

El origen de la remisión confirma que cuentan con el consentimiento informado y por escrito de los padres para incluir la siguiente información y cualquier documento adjunto.
 Firma del origen de la remisión: _____

Más información del motivo de la remisión:
 Dé más información sobre las preocupaciones del desarrollo. Incluya cualquier prueba que se haya completado y el funcionamiento del menor en una o más áreas del desarrollo que puedan constituir un retraso del desarrollo que pueda establecer la elegibilidad del menor para EIP.

Marque todas las áreas funcionales en las que el menor muestra retrasos (incluya comentarios relevantes o mencione si se adjuntan los documentos):

Adaptativo: _____

Cognitivo: _____

Comunicación: _____

Físico (las competencias de motricidad fina y gruesa e incluye la vista, la audición, trastornos de motricidad oral para alimentarse y tragar):

Social/emocional: _____

La documentación va adjunta: _____

Condiciones diagnosticadas (incluya el diagnóstico/códigos de International Classification of Diseases (Clasificación internacional de enfermedades, ICD-10):

Más información de la remisión: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Tenga en cuenta: Si el Formulario de remisión que se puede completar incluye la firma electrónica del padre/madre/tutor para dar el consentimiento para adjuntar los expedientes/reportes del menor, **esa firma también debe incluir un marcador de validación de firma electrónica (disponible en aplicaciones como Adobe Acrobat, DocuSign, etc.) que incluya la fecha y hora de la firma en el formulario.** Si esa protección no está disponible y se necesita la firma del padre/madre/tutor para la Sección 2, se debe **imprimir** el Formulario de remisión para permitir que el padre/madre/tutor firme para dar su consentimiento en la copia impresa.

Con el consentimiento informado por escrito de los padres, ADJUNTE LOS EXPEDIENTES o REPORTE que ayudarían a determinar la elegibilidad para el Programa de Intervención Temprana.

Office Use Only

FOR OFFICE USE ONLY

Date Referral Received: ____ / ____ / _____ ISC Requested: _____ Assigned ISC: _____

ISC Agency and Phone: (____) ____- _____ Date of ISC Assignment: ____ / ____ / _____

Data Entry Date: ____ / ____ / _____ Due Date for IFSP: ____ / ____ / _____

*Consulte las instrucciones al completar este formulario. El formulario se puede enviar por correo postal, por fax o entregarlo al Early Intervention Program en el condado/municipalidad donde vive el menor.

Requisitos de edad para las remisiones:

Las remisiones para el Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program, EIP) se deben hacer para niños menores de 3 años. Si se remite a un menor en menos de 45 días a partir de su tercer cumpleaños y es potencialmente elegible para los servicios según la Sección 4410 de la Ley de Educación, el Oficial de Intervención Temprana (Early Intervention Officer, EIO), con el consentimiento por escrito de los padres, remitirá al niño al Comité de Educación Especial Preescolar (Committee on Preschool Special Education, CPSE) del distrito escolar local en el que vive el niño. No se exige que EIO haga una evaluación, valoración o una reunión inicial del Plan Individualizado de Servicios de Familia (Individualized Family Service Plan, IFSP) para un menor remitido en el plazo de 45 años de su tercer cumpleaños.

SECCIÓN 1:

Incluye campos que deben completarse al hacer la remisión a un EIP local. El formulario de remisión *se puede* presentar después de completar la Sección 1 con SOLO la información de la Sección 1. No se exige el consentimiento de los padres para presentar la información de la Sección 1. Se debe informar a los padres de la intención de la remisión y si uno de los padres se opone, no se puede hacer la remisión.

Consulte el Apéndice 1: Qué hacer cuando el padre/madre/tutor se opone a la remisión

Escriba de manera legible o a máquina toda la información de la remisión.

Condado de residencia del menor:

Escriba el condado en el que vive el menor. Este será el condado a donde se envía la remisión de EIP.

Fecha de la remisión:

Esta es la fecha en la que el origen de la remisión presenta la remisión al EIP local. Es importante que la fecha de la remisión sea exacta.

Información del menor

Nombre del menor:

Incluya el nombre completo del menor en los espacios que se dan (apellido, primer y segundo nombre del menor). Asegúrese de que la ortografía del nombre del menor sea exacta. No use sobrenombres.

Fecha de nacimiento:

Fecha de nacimiento del menor en el formato MM/DD/AAAA.

Idioma dominante o modo de comunicación del menor y los padres/tutor:

Escriba el idioma dominante o modo de comunicación del menor y los padres/tutor:

Sexo:

Marque la casilla indicando el sexo del menor (masculino o femenino).

Dirección del menor:

Incluya la dirección completa del menor (incluyendo los números de apartamento), la ciudad y el código postal + 4.

Origen étnico y raza:

Marque la casilla correspondiente para cada sección. Se puede elegir más de una designación racial para el menor.

Motivo de la remisión:

En esta sección, seleccionará el motivo por el que está haciendo la remisión a EIP. Es importante que **elija solo UN motivo**.

1. Se sospecha que tiene una discapacidad:

El origen de la remisión sospecha que el menor que fue remitido tiene una discapacidad/retraso del desarrollo en una o más áreas funcionales (adaptativa, cognitiva, de comunicación, física [incluyendo la vista, la audición, trastornos de motricidad oral para alimentarse y tragar] y social/emocionales) del desarrollo. Las remisiones de menores que se sospecha que tienen una discapacidad (incluyendo un retraso del desarrollo) se deben basar en:

- A. Los resultados de una evaluación del desarrollo o procedimiento de diagnóstico, experiencia directa, observación y percepción del progreso del desarrollo del menor;
- B. Información que dé uno de los padres, que indica que existe un retraso del desarrollo o una discapacidad;
- C. O una solicitud de uno de los padres para que se haga dicha remisión.

Nota: Los bebés que no aprobaron la evaluación auditiva para recién nacidos como pacientes hospitalizados antes del alta del hospital y que no aprobaron la evaluación auditiva ambulatoria para bebés son remitidos al EIP por sospecha de tener una discapacidad, con el propósito de obtener una nueva evaluación o una prueba de audición confirmatoria (diagnóstica) a criterio del audiólogo. A un bebé que se sospecha que tiene pérdida auditiva debe hacerse una evaluación audiológica de diagnóstico antes de que cumpla 3 meses.

2. Discapacidad confirmada:

Se está remitiendo al menor a EIP porque tiene una condición física o mental diagnosticada que tiene una alta probabilidad de tener como consecuencia un retraso del desarrollo.

Consulte el Apéndice 2: Condiciones físicas y mentales diagnosticadas con una alta probabilidad de retraso del desarrollo

Monitoreo del desarrollo (Sistema Child Find [Identificación de niños])

3. En riesgo:

El menor no tiene una discapacidad diagnosticada y el origen de la remisión no sospecha que el menor tenga una discapacidad actualmente. Se está remitiendo al menor para **monitoreo del desarrollo** porque el menor está **en riesgo** de tener una discapacidad.

Consulte el Apéndice 3: las remisiones de menores en riesgo de tener una discapacidad se deben hacer basándose en los criterios médicos/biológicos mencionados o de primera infancia

- Remisiones de la Ley para la Prevención y el Tratamiento del Abuso a Menores (CAPTA): Los menores que son remitidos a EIP según la Ley federal CAPTA, que no se sospecha que tengan retraso o tengan una condición diagnosticada con una alta probabilidad de retraso, se llamarán **En riesgo**.

4. En riesgo debido a una evaluación auditiva para recién nacidos no aprobada:

También se remite a los bebés en la categoría en riesgo si el bebé no aprobó la evaluación auditiva para recién nacidos y no ha tenido el seguimiento necesario de manera oportuna o falta documentación según el Programa de Detección e Intervención Temprana de la Audición (EHDI).

Información del origen de la remisión

Origen de la remisión:

- Información de contacto de la persona que hace la remisión.
- Primer nombre y apellido en los espacios que se dan.
- Incluya la agencia o el centro si la persona trabaja para una agencia.
- Incluya la dirección.
- Incluya un teléfono (incluyendo la extensión) y fax donde se pueda contactar a quien remite si fuera necesario.
- Incluya un correo electrónico para usar para comunicarse con el origen de la remisión si fuera necesario. Tenga en cuenta que, la información médica protegida (PII) no se debe incluir en la correspondencia de correo electrónico. Consulte la *Carta Estimado colega: aclaración a los proveedores de Intervención temprana sobre el consentimiento de los padres para usar correo electrónico para intercambiar información de identificación personal*, en **Otra información/recursos de remisión al Programa de Intervención Temprana (EIP)** para obtener más información.

Consulte el Apéndice 4 para ver Todos los orígenes de remisiones principales

Tipo de origen de la remisión: (seleccione solo UNO) que mejor encaja de la lista de abajo

- **Padre/madre/tutor**
 - Padre/madre
 - Amigo/familiar (especifique) si la persona es el tutor
- **Otro familiar (especifique)**
 - Amigo/familiar (especifique) si **NO ES** el tutor
- **Proveedor de atención médica primaria del menor**
 - Médico/pediatra
- **Hospital o clínica**
 - Hospital
 - Proveedor de atención médica
 - Evaluación auditiva para recién nacidos
 - Centros médicos públicos/de la comunidad (clínica en un departamento de salud local)
- **Programa de la comunidad/proveedor de EIP**
 - Child Find
 - Proveedor de guardería
 - Proveedor de EIP
 - Programa Head Start
 - Personal interno/de la municipalidad
 - Distrito escolar también conocido como Agencia de educación local
 - Evaluación y monitoreo (En riesgo)
- **Otro (especifique)**
 - Amigo/familiar (especifique) si es amigo
 - Agencias de servicio social
 - Otro (especifique)

Información del padre/madre/tutor

Información del padre/madre/tutor:

- Complete toda la información.
- Asegúrese de que al menos se incluya la información de contacto de uno de los padres/tutor y que se complete en su totalidad.
- Incluya el apellido y primer nombre de cada uno de los padres/tutor en los espacios que se dan y la dirección y teléfonos en los que se pueden comunicar con los padres/tutores.
- Si aplica, incluya la persona que tiene la relación paternal con el menor.

Nombre del cuidador/contacto alternativo:

Cuando sea necesario y aplicable, incluya el nombre y la información de contacto de otra persona por medio del que se pueden comunicar con el padre/madre.

Relación con el menor:

Marque la casilla de la relación exacta de esta persona con el menor.

Nombre del menor:

Incluya el nombre completo del menor (primer nombre y apellido del menor). No use sobrenombres.

Fecha de nacimiento del menor:

Fecha de nacimiento del menor en el formato MM/DD/AAAA.

SECCIÓN 2:

Esta sección solo se puede completar y presentar la información si el padre/madre/tutor ha dado el consentimiento por escrito para incluir esta información.

Marque la casilla y firme para certificar que recibió el **consentimiento de los padres por escrito** para incluir la información de la **Sección 2** de este formulario de remisión y adjuntar cualquier otro expediente médico o de otro tipo que se pueda usar para establecer la elegibilidad del menor para el EIP.

La agencia de evaluación seleccionada usará la información de remisiones y cualquier expediente médico adjunto para determinar el tipo de evaluación necesaria. Es importante que se incluya la información completa con esta remisión (con el consentimiento por escrito de los padres/tutor). La agencia de evaluación determinará si se necesita una prueba médica integral o evaluación multidisciplinaria (MDE) o valoración para determinar la elegibilidad para EIP.

Más información del motivo de la remisión:

Esta sección incluye cualquier información que se haya recopilado sobre el menor, que respalde el motivo por el que se le está remitiendo a EIP.

Dé más información sobre las preocupaciones del desarrollo (incluyendo cualquier prueba que se haya completado) y el funcionamiento del menor en una o más áreas del desarrollo que puedan constituir un retraso del desarrollo que pueda establecer la elegibilidad para EIP.

Áreas funcionales:

Elija las áreas funcionales en las que el origen de la remisión ha identificado que el menor demuestra un retraso del desarrollo.

- Adaptativa
- Cognitiva
- De comunicación
- Física (las competencias de motricidad fina y gruesa e incluye la vista, la audición, trastornos de motricidad oral para alimentarse y tragar)
- Social/emocional

Incluya cualquier comentario relacionado con los retrasos identificados o mencione que se adjuntó el documento.

Condiciones diagnosticadas y códigos de la Clasificación internacional de enfermedades (ICD-10):

El origen de la remisión debe especificar la condición médica diagnosticada del menor e incluir el código de diagnóstico de la Clasificación internacional de enfermedades (ICD-10) que es apropiado para el menor. Se puede incluir más de una condición diagnosticada y código ICD-10 en el formulario de remisión.

Consulte el Apéndice 5

NOTA: el origen de la remisión principal es responsable de avisar a los padres de un menor con una condición diagnosticada que tiene una alta probabilidad de tener como consecuencia un retraso en el desarrollo, o un retraso en el desarrollo diagnosticado coherente con los requisitos de elegibilidad del EIP de los aquí mencionados:

1. La elegibilidad para EIP la determina una evaluación multidisciplinaria (MDE).
2. La importancia de dar un consentimiento por escrito para que el origen de remisión principal transmita los expedientes o reportes necesarios para respaldar el diagnóstico o para que los padres o tutores de niños que no tienen una condición diagnosticada, transmitan los registros o reportes que ayudarían a determinar la elegibilidad para el programa.

Con el consentimiento informado por escrito de los padres/tutor:

Adjunte cualquier expediente/informe médico o de otro tipo que ayudaría a determinar la elegibilidad del menor para EIP.

Firma y fecha del padre/madre/tutor:

Tenga en cuenta: si el Formulario de remisión que se puede completar incluye la firma electrónica del padre/madre/tutor para dar el consentimiento para adjuntar los expedientes/reportes del menor, **esa firma también debe incluir un marcador de validación de firma electrónica (disponible en aplicaciones como Adobe Acrobat, DocuSign, etc.) que incluya la fecha y hora de la firma en el formulario.** Si esa protección no está disponible y se necesita la firma del padre/madre/tutor para la Sección 2, se debe **imprimir** el Formulario de remisión para permitir que el padre/madre/tutor firme para dar su consentimiento en la copia impresa.

Esto significa el consentimiento informado por escrito de los padres/tutor para transmitir la información médica de su hijo a EIP.

SOLO PARA USO INTERNO:

Esta sección la debe completar el condado que recibe.

Más información/recursos de remisión al Programa de Intervención Temprana (EIP)

Reglamentación del Estado de Nueva York y Ley de Salud Pública respecto a las remisiones al Programa de Intervención Temprana: Título II-A de la Sección 25 de la Ley de Salud Pública: <https://www.nysenate.gov/legislation/laws/PBH/A25T2-A> y la Sección 69-4.3 de 10 NYCRR: Remisiones: <https://regs.health.ny.gov/content/section-69-43-referrals>

Carta Estimado colega: aclaración a los proveedores de Intervención temprana sobre el consentimiento de los padres para usar correo electrónico para intercambiar información de identificación personal:

Este documento incluye información del uso del correo electrónico en EIP: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/2009-10_early_intervention_parent_consent_to_use_email.htm

Memorando de Intervención temprana 94-3: Procedimientos de remisión al Programa de Intervención Temprana reemitido< MM/AAAA>. Este documento incluye información específica respecto a hacer remisiones: <https://www.health.ny.gov/guidance/oph/cch/bei/94-3.pdf>

A dónde enviar una remisión:

Las remisiones se deben enviar al oficial de Intervención temprana (EIO) en el condado donde vive actualmente el menor. Los orígenes de remisión principales pueden transmitir las remisiones por medio del correo postal de los EE. UU. o por fax. Puede encontrar una lista de los contactos en la municipalidad/condado en: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/county_eip.htm

Información para los padres sobre el Programa de Intervención Temprana:

La información del Programa de Intervención Temprana para padres está en el sitio web de Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYS): https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm

Los siguientes folletos están disponibles GRATIS para los residentes del Estado de Nueva York:

Early Help Makes a Difference! (La ayuda temprana hace una diferencia) (folleto que destaca los hitos del desarrollo para niños recién nacidos hasta los tres años)

Early Intervention Steps: A Parent's Basic Guide to the Early Intervention Program (Pasos para la intervención temprana: una guía básica para padres al Programa de Intervención Temprana) (este folleto describe el Programa de Intervención Temprana)

Folleto de la evaluación auditiva para recién nacidos:

- *Can Your Baby Hear You? (¿Lo puede escuchar su bebé?)*
- *Your Baby Passed the Hearing Screening (Su bebé aprobó la evaluación auditiva)*
- *Your Baby Needs Another Screening (Su bebé necesita otra evaluación)*

Directrices de la práctica clínica (Las directrices del Estado de Nueva York ofrecen recomendaciones basadas en evidencia científica y opinión clínica de expertos sobre las prácticas efectivas):

- *Autism/Pervasive Developmental Disorders- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (Autismo/Trastornos generalizados del desarrollo: Evaluación e intervención para niños pequeños (0-3 años))*
- *Communication Disorders- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (Trastornos de comunicación: Evaluación e intervención para niños pequeños (0-3 años))*
- *Down Syndrome- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (Síndrome de Down: Evaluación e intervención para niños pequeños (0-3 años))*
- *Hearing Loss- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (Pérdida auditiva: Evaluación e intervención para niños pequeños (0-3 años))*
- *Motor Disorders- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (Trastornos de motricidad: Evaluación e intervención para niños pequeños (0-3 años))*
- *Vision Impairment- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (Impedimento de la vista: Evaluación e intervención para niños pequeños (0-3 años))*

Estos recursos están disponibles electrónicamente en el sitio web del Programa de Intervención Temprana (EIP) del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH). Estos recursos se pueden ordenar sin costo para los residentes de Nueva York por medio del Centro de distribuir del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Se puede acceder al formulario de pedido en el sitio web del NYSDOHEIP o por medio de este enlace: https://www.health.ny.gov/forms/order_forms/eip_publications.pdf

Apéndices

Apéndice 1

Qué hacer cuando el padre/madre/tutor se opone a la remisión

El origen de remisión principal debe:

- Mantener documentación por escrito de la objeción de los padres para la remisión y las acciones de seguimiento tomadas por el origen de remisión principal;
- Dar al padre/madre el nombre y la información de contacto del oficial de Intervención temprana (EIO) si se sospecha que el menor tiene una discapacidad o si el menor está en riesgo;
- En el plazo de dos meses, hacer los esfuerzos razonables para el seguimiento con el padre/madre, y si corresponde, remitir al menor a EIP, a menos que el padre/madre se oponga.

Apéndice 2

Las condiciones físicas y mentales diagnosticadas con una alta probabilidad de retraso del desarrollo incluyen: (10 NYCRR 69-4.3(f))

- Anomalías cromosómicas asociadas con el retraso del desarrollo (por ejemplo, síndrome de Down)
 - Síndromes y condiciones asociadas con retrasos en el desarrollo (por ejemplo, síndrome de alcoholismo fetal)
 - Trastorno neuromuscular (por ejemplo, cualquier trastorno que se sabe que afecta el síndrome nervioso central, incluyendo parálisis cerebral, espina bífida, microcefalia o macrocefalia)
 - Evidencia clínica de anomalía del sistema nervioso central (CNS) después de una infección bacteriana/viral del cerebro o trauma de la cabeza/columna vertebral
 - Impedimento de la audición (una pérdida auditiva diagnosticada que no se puede corregir con tratamiento ni operación)
 - Impedimento visual (un impedimento visual diagnosticado que no se puede corregir con tratamiento (incluyendo anteojos o lentes de contacto u operación)
 - Condiciones psiquiátricas diagnosticadas (por ejemplo, trastorno reactivo de vinculación de la niñez y primera infancia)
 - Trastorno emocional/conductual
-

Apéndice 3

Las remisiones de menores en riesgo de tener una discapacidad se deben hacer basándose en los criterios médicos/biológicos mencionados o de primera infancia:

Criterios de riesgo neonatal	Criterios de riesgo posneonatal	Criterios de otros riesgos
<ul style="list-style-type: none">• Peso al nacer de 1000-1501 gramos• Edad gestacional de menos de 33 semanas• Lesión o anomalía del sistema nervioso central (incluyendo convulsiones neonatales, hemorragia intracraneal, necesidad de apoyo de un respirador durante más de 48 horas, traumatismo obstétrico)• Malformaciones congénitas• Asfixia (puntuación de Apgar de 3 o menos a los 5 minutos)• Anomalías en el tono muscular (hipertonía o hipotonía)• Hiperbilirrubinemia (> 20 mg/dl)• Hipoglucemia (glucosa sérica menor a 20 mg/dl)• Deficiencia en el crecimiento/problemas nutricionales (por ejemplo, pequeño para la edad gestacional; problema de alimentación significativo)• Presencia de trastorno metabólico innato (IMD)• Infección transmitida perinatal o congénitamente (por ejemplo, VIH, hepatitis B, sífilis)• 10 o más días hospitalizado en una Unidad de cuidados intensivos para recién nacidos (NICU)• Abuso prenatal de la madre de alcohol• Abuso prenatal de la madre de sustancias ilícitas• Exposición prenatal a drogas terapéuticas con potenciales implicaciones conocidas sobre el desarrollo (por ejemplo, medicamentos psicotrópicos, anticonvulsivos, antineoplásicos)• PKU de la madre• Riesgo de pérdida auditiva según la historia familiar, incluyendo la presentación sindrómica o el fracaso de la evaluación auditiva inicial del recién nacido y el menor necesita una evaluación de seguimiento.• Riesgo de impedimento de la vista incluyendo historia familiar de condiciones que causan ceguera o impedimento grave de la vista• Presencia de un síndrome genético que puede transmitir un mayor riesgo de trastorno del desarrollo	<ul style="list-style-type: none">• Preocupación del padre/madre o cuidador sobre el estado del desarrollo• Enfermedad grave o lesión traumática con implicaciones en el desarrollo del sistema nervioso central y que necesita hospitalización de una unidad de cuidados intensivos pediátricos durante 10 días o más• Niveles elevados de sangre en las venas (en 15 mcg/dl o más)• Deficiencia en el crecimiento/ programas nutricionales (por ejemplo, retraso significativo del crecimiento orgánico o inorgánico, anemia ferropénica significativa)• Cronicidad u otitis media grave (continúa durante un mínimo de 3 meses)• Infección por VIH• Caso indicado de abuso o maltrato infantil	<ul style="list-style-type: none">• No hubo atención prenatal• Discapacidad del desarrollo prenatal o diagnóstico de una enfermedad mental grave y persistente• Abuso de sustancias de los padres• No hubo control de niño sano a los 6 meses de nacido o hubo un retraso significativo en las vacunas• El origen de remisión principal identificó otros criterios de riesgo

Apéndice 4

Orígenes de remisión principales

Los orígenes de remisión principales mencionados deben, en plazo de **dos días hábiles** de haber identificado que un bebé o niño pequeño menor de tres años y que se sospecha que tiene una discapacidad o está en riesgo de tener una discapacidad, remitir a ese bebé o niño pequeño al oficial designado por la municipalidad, a menos que el menor ya haya sido remitido o a menos que el padre/madre se oponga:

- Todas las personas que son personal calificado y que prestan servicios en la medida que estén autorizados mediante su acreditación, certificación o registro
- Todos los evaluadores aprobados, coordinadores de servicios y proveedores de servicios de intervención temprana
- Hospitales
- Proveedores de atención médica infantil
- Programas de guarderías
- Unidades de salud locales (departamento de salud local)
- Distritos escolares locales
- Distritos de servicios sociales locales incluyendo agencias públicas y personal en el sistema de bienestar infantil
- Centros de salud públicos
- Albergues y agencias de violencia doméstica
- Albergues familiares para personas sin hogar
- Operadores de cualquier clínica aprobada según el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública, Artículo 16 de la Ley de Higiene Mental o Artículo 31 de la Ley de Higiene Mental

Apéndice 5

Una lista vigente de los *Códigos internacionales de condiciones diagnosticadas (Códigos ICD-10)* y se mantiene su designación como una condición diagnosticada que califica con una alta probabilidad de tener como consecuencia un retraso en el desarrollo para determinar la elegibilidad para el Programa de Intervención Temprana y se puede acceder a ella en el Sistema de Comercio de Salud (HCS) en el Sistema de datos de intervención temprana del estado.

Para aquellos que no tienen acceso a HCS y al Sistema de datos de intervención temprana del estado, se puede acceder a esta información por medio del sitio web del Agente fiscal del estado (PCG): www.eibilling.com. La lista actualizada más recientemente de los códigos ICD se puede encontrar usando la función de búsqueda en la pestaña Knowledge Base (Base de conocimientos) en el sitio web.