



# SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS INFORMACIÓN DEL CLIENTE/FAMILIA

ESTADO DE ALABAMA  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

## INFORMACIÓN DEL CLIENTE

---

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Raza principal: \_\_\_\_\_ Raza secundaria: \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_ Idioma secundario: \_\_\_\_\_

Origen hispano:  Sí  No País de origen hispano: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado de residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si es estudiante, nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Está casado el cliente:  Sí  No Recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI):  Sí  No

Ha solicitado

## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

---

1. Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial intermedia: Sufijo: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Es la persona financieramente responsable por el cliente  Sí  No

Teléfono laboral: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección y teléfono del hogar iguales a los del cliente:  Sí  No En caso negativo, indíquelo a continuación:

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

2. Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial intermedia: Sufijo: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Es la persona financieramente responsable por el cliente  Sí  No

Teléfono laboral: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección y teléfono del hogar iguales a los del cliente:  Sí  No En caso negativo, indíquelo a continuación:

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

3. Vecino/familiar: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

4. Vecino/familiar: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_



# SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

ESTADO DE ALABAMA  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

## INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de remisión: \_\_\_\_\_

Derivado por: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Problema que presenta: \_\_\_\_\_

Tratamiento anterior/antecedentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicación actual y dosis: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES RESPECTO DEL PARTO

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Complicaciones:

-durante el embarazo \_\_\_\_\_

-durante el trabajo de parto/alumbramiento \_\_\_\_\_

-después de nacer \_\_\_\_\_

Lugar del parto: \_\_\_\_\_

Tiempo en la sala de recién nacidos: \_\_\_\_\_

## Mi niño tiene/ha tenido

sarampión

herpes

problemas de salud

problemas de aprendizaje

paperas

asma

Infecciones de oído

problemas para dormir

Varicela

CMV

problemas de audición

otros \_\_\_\_\_

fiebre escarlata

células falciformes

problemas de visión

\_\_\_\_\_

diabetes

estudios genéticos

problemas de alimentación

\_\_\_\_\_

### Alergias

Ninguna conocida

Enumere las alergias (incluidos los medicamentos): \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos familiares relevantes (familia materna y paterna, si se conocen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia conocidos por CRS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La información detallada anteriormente es verdadera, a mi saber y entender. Entiendo que se me pedirá que presente información financiera y del seguro cada año que mi hijo reciba tratamiento a través del Servicio de Rehabilitación para Niños.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



# SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS

## FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS/ODONTOLÓGICOS

ESTADO DE ALABAMA  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EL PEDIATRA/MÉDICO DE CABECERA DEL CLIENTE\*

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica o consultorio: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL CLIENTE\*

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica o consultorio: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DEL CLIENTE\*

Especialidad del proveedor: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica o consultorio: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DEL CLIENTE\*

Especialidad del proveedor: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica o consultorio: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DEL CLIENTE\*

Especialidad del proveedor: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica o consultorio: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\*Complete una Autorización de divulgación de información (página 7) para cada proveedor.



# SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

ESTADO DE ALABAMA  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

ASUNTO: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Últimos 4 números del seguro social: \_\_\_\_\_  
(Cliente)

I. **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA:** Por la presente autorizo y doy mi consentimiento al personal del Servicio de Rehabilitación para Niños, tanto médico como paramédico, para llevar a cabo un examen físico completo, evaluación y/u observación del individuo anteriormente mencionado, y también para solicitar u obtener cualquier información médica y/o pruebas. Además, autorizo al personal del Servicio de Rehabilitación para Niños a proporcionar el tratamiento que considere indicado para el examen físico, la evaluación y/o la observación antes mencionado, el cual es consistente con el proporcionado por esta Agencia Estatal.

II. **RESOLUCIÓN DE LITIGIOS:** En relación con el hecho de que el Servicio de Rehabilitación para Niños examine y/o proporcione tratamiento médico u otro tratamiento y/o servicios al individuo anteriormente mencionado, por la presente acepto que el Servicio de Rehabilitación para Niños tenga derecho a la recuperación total y completa de todos y cada uno de los gastos y costos de los servicios proporcionados al individuo anteriormente mencionado con respecto a todas y cada una de las sumas de dinero recibidas por o en nombre del individuo anteriormente mencionado, derivadas de cualquier dictamen judicial, acuerdo o cualquier otra fuente, siendo las sumas de dinero recibidas como resultado de la lesión del individuo en cuestión. Por la presente, acepto que el Servicio de Rehabilitación para Niños tiene derecho a una recuperación completa, independientemente de que la persona anteriormente mencionada recupere el importe total de su pérdida a causa de su lesión. Por la presente, el Servicio de Rehabilitación para Niños y yo acordamos que lo anterior regirá los derechos de las partes en lo que respecta a la recuperación de dinero por parte de la persona anteriormente mencionada y al pago de los servicios prestados por el Servicio de Rehabilitación para Niños.

III. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO:** Por la presente autorizo y solicito que todos los beneficios del seguro se paguen directamente al Servicio de Rehabilitación para Niños por los servicios y suministros proporcionados por este al individuo anteriormente mencionado. Eximo de toda responsabilidad a la compañía de seguros por los pagos efectuados por y al Servicio de Rehabilitación para Niños.

IV. **DERECHOS CIVILES:** He recibido una declaración escrita en la que se especifica la disposición del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Ley Pública 88-352) y mi derecho a apelar.

V. **FOTOCOPIA:** Acepto que la fotocopia de este documento se considere con la misma validez y vigencia que el original.

VI. **CONFIDENCIALIDAD:** Entiendo que estoy firmando una autorización que permite la divulgación de información.

VII. **PRIVACIDAD:** He recibido una declaración escrita que especifica el Aviso de Prácticas de Privacidad del ADRS. El Aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información sobre mi salud, cómo puedo tener acceso a la misma y cómo esta se puede compartir conmigo.

Certifico que entiendo las declaraciones anteriores y, al firmar, otorgo mi consentimiento a lo anterior. También entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que, y a menos que, el CRS sea notificado en contrario por escrito.

Fecha

Firma del cliente/padre/tutor



# SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS

ESTADO DE ALABAMA  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

## DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA Y DE PRESENCIA LEGAL DE UN EXTRANJERO A EFECTOS DE OBTENER PRESTACIONES PÚBLICAS

El Título IV de la Ley federal de Responsabilidad Personal y Reconciliación de Oportunidades de Trabajo de 1996, 8 U.S.C. § 1621, establece que, con ciertas excepciones, solo los ciudadanos de Estados Unidos, los nacionales de Estados Unidos no ciudadanos, los «extranjeros cualificados» no exentos (y a veces solo determinadas categorías de extranjeros cualificados), los no inmigrantes y determinados extranjeros en libertad condicional en Estados Unidos tienen derecho a recibir prestaciones públicas estatales o locales.

Con ciertas excepciones, la Ley 2011-535 de Alabama prohíbe a los extranjeros presentes ilegalmente en EE. UU. recibir prestaciones estatales o locales. Todo ciudadano estadounidense que solicite una prestación pública estatal o local debe firmar una declaración de ciudadanía, y la presencia legal de un extranjero en EE. UU. debe ser verificada por el Gobierno Federal.

**Instrucciones: Todos los solicitantes deben llenar y presentar este formulario. Solicitante se refiere al niño o joven que solicita recibir servicios.**

### SECCIÓN I --- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_  
Dirección actual: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado de residencia: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN II --- DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA

Es usted ciudadano o nacional de Estados Unidos? (Marque una opción)  Sí  No

*Si la respuesta es «No», pase a la Sección III. Si la respuesta es «Sí», prosiga con la firma/fecha.*

### SECCIÓN III --- DECLARACIÓN DE PRESENCIA LEGAL

*Complete esta sección únicamente si ha respondido «No» a la pregunta de la Sección II.*

¿Es usted un extranjero legalmente presente en Estados Unidos? (Marque una opción)  Sí  No

### SECCIÓN IV --- DECLARACIÓN

Declaro bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del Estado de Alabama que las respuestas que he proporcionado y la información que he facilitado son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR/SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA





# SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS

## Autorización para el uso, revelación y/o divulgación de información

ESTADO DE ALABAMA

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Nombre del niño/cliente: \_\_\_\_\_

Dirección del niño/cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Doy mi permiso** para obtener y divulgar la siguiente información de salud protegida sobre mi menor hijo y/o familia. Asimismo, con el fin de realizar el tratamiento, seguimiento médico y/o coordinación de la atención, doy mi permiso para obtener y divulgar la comunicación entre las personas indicadas a continuación. Puedo revocar el presente permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito al **Servicio de Rehabilitación para Niños**.

**Entiendo** que la revocación no es efectiva si las partes nombradas a continuación ya han recurrido a la autorización para el uso/revelación de la información.

**Entiendo** que la presente información puede incluir material sensible a nivel médico y autorizo su divulgación para los fines indicados.

**Entiendo** que la información utilizada o revelada en virtud de la presente autorización puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario, y es posible que ya no esté protegida por la legislación federal o estatal. **El Servicio de Rehabilitación para Niños (Children's Rehabilitation Service, CRS) no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o el derecho a prestaciones (en caso corresponda) en función de mi decisión con respecto a la autorización para el uso o revelación solicitada.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

La siguiente información escrita, verbal y de audio/vídeo puede ser:

- Obtenida
- Divulgada

Para las fechas de servicio: \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Actas de nacimiento                  | <input type="checkbox"/> Pruebas/informes psicológicos                    |
| <input type="checkbox"/> Pruebas/informes sobre el desarrollo | <input type="checkbox"/> Informe de antecedentes sociales y de desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta                      | <input type="checkbox"/> Informes del personal (IFSP/IEP)                 |
| <input type="checkbox"/> Información sobre la inscripción     | <input type="checkbox"/> Informes de terapia/pruebas                      |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica                     | <input type="checkbox"/> Informes visuales                                |
| <input type="checkbox"/> Informes de audición                 | <input type="checkbox"/> Radiografías/análisis de laboratorios            |
| <input type="checkbox"/> Informes de evolución                | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                      |

**La presente información se utilizará para determinar la elegibilidad y los servicios dentro del Servicio de Rehabilitación para Niños.**

La información mencionada anteriormente no se divulgará a ninguna otra persona u organismo, salvo el indicado.

Las fotocopias del presente formulario de divulgación de información se considerarán originales.

**Entiendo que tengo derecho de negarme a firmar la presente Divulgación de Información.**

El presente formulario de divulgación de información firmado es efectivo desde la fecha de la firma hasta que sea revocado por escrito por la persona o personas autorizadas.

Nombre del padre, madre o tutor (Escriba con letra imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre, tutor o cliente: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_