

Formulario de remisión al equipo de atención local y al Comité de Colocación Interinstitucional del estado de Maryland

En vigor a partir del 1 de marzo de 2021

Instrucciones

- Complete el formulario para hacer una remisión al equipo de atención local de una jurisdicción específica o al Comité de Colocación Interinstitucional.
- Los padres/cuidadores que completen el formulario deben proporcionar la mayor cantidad de información posible. El coordinador del equipo de atención local le ayudará a completar el formulario según sea necesario para garantizar que se obtenga toda la información relevante.
- Los formularios deben enviarse utilizando el cifrado adecuado para garantizar la confidencialidad de la información de salud protegida.
- Se deben obtener los consentimientos y autorizaciones necesarios.
- Para hacer una remisión al equipo de atención local, complete el formulario y envíelo al coordinador del equipo de atención local del condado de residencia del joven. Acceda al directorio del equipo de atención local [aquí](#) para obtener esa información o para comunicarse con el coordinador si tiene alguna pregunta.
- Para hacer una remisión al Comité de Colocación Interinstitucional, complete el formulario y envíelo al comité por correo electrónico a: ipc.information@maryland.gov.

Nombre de la persona que completa el formulario *

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Primer nombre

Apellido

Es usted: *

- Padre/madre/tutor
 Personal del hospital
 Personal de la agencia miembro del equipo de atención local

Si la respuesta es “Otro”, explique su relación con el joven

Su número de teléfono *

Ingrese un número de teléfono válido que pueda usarse para contactarle con respecto a esta remisión.

Su correo electrónico *

ejemplo@ejemplo.com

Agencia/hospital

En el caso de las remisiones hechas por el personal de una agencia u hospital, proporcione la afiliación de la agencia o el nombre del hospital donde trabaja la persona que completa la remisión.

Fecha en que se completó el formulario. * 

Día Mes Año

Nombre del joven *

Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Fecha de nacimiento del joven *

Día Mes Año

Género del joven ***Raza del joven *****Origen étnico del joven *****Dirección actual del joven ***

Nombre del centro, si corresponde. Deje esta línea en blanco si es una residencia.

Dirección física

¿Es el joven residente de Maryland? *

- Sí
- No
- No estoy seguro

¿Cuál es el condado de residencia del joven? *

¿Cuál es la situación legal del joven? *

- Comprometido con una agencia (indique la agencia a continuación)
- Comprometido con varias agencias (indique las agencias a continuación)
- No está comprometido con una agencia
- Acuerdo de colocación voluntaria aprobado
- No estoy seguro

Si el joven está comprometido con una o varias agencias, indique las agencias a continuación

¿Es elegible el joven actualmente para recibir asistencia médica? *

- Sí
- No
- No estoy seguro

Si el joven recibe actualmente asistencia médica, ingrese el número de asistencia médica (MA, por sus siglas en inglés) a continuación

¿Está el joven inscrito actualmente en la escuela? *

- Sí
 No
 No estoy seguro

Grado actual, si está inscrito.

Si está inscrito actualmente en la escuela:

Nombre de la escuela

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ciudad

Estado

Jurisdicción de la escuela donde está inscrito el joven

Objetivo educativo

- Diploma

Desarrollo Educativo General (GED, por sus siglas en inglés)

Certificado de finalización

Fecha del último Programa Educativo Individualizado (PEI) completado

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Día Mes Año

Código Educativo: incluya información sobre la discapacidad primaria del niño/joven según se identifica en el plan del Programa Educativo Individualizado del joven.

- 01 Autismo
 02 Sordera
 03 Sordera - Ceguera

- 04 Retraso en el desarrollo
- 05 Discapacidad emocional
- 06 Discapacidad auditiva
- 07 Discapacidad intelectual
- 08 Discapacidad ortopédica
- 09 Otros problemas de salud
- 10 Discapacidad específica del aprendizaje (dislexia, disgrafía, discalculia)
- 11 Discapacidad del habla o del lenguaje
- 13 Lesión cerebral traumática
- 14 Discapacidad visual
- 15 Discapacidades múltiples (cognitivas, sensoriales, físicas)

Fecha del último plan 504 completado

--	--	--

Día Mes Año

¿Cuál es el sistema escolar de residencia del joven?

--

Si no está inscrito en la escuela actualmente, ¿cuál fue la última escuela a la que asistió?

--

Nombre de la última escuela a la que asistió

--	--

Ciudad

Estado

Objetivo educativo alcanzado

-
- Diploma
-
- GED
-
- Certificado de finalización
- | |
|--|
| |
|--|

Fecha de retiro o graduación

--	--	--

Día Mes Año

Grado al momento del retiro

--

¿Se ha puesto fin a la patria potestad?

	Sí	No	N/A
Madre n.º 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madre n.º 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Padre n.º 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Padre n.º 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si se ha puesto fin a la patria potestad, indique el nombre del progenitor o progenitores a cuyos derechos se ha puesto fin.

Nombre del tutor legal n.º 1 *

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Prefijo

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

Relación con el niño/joven

Dirección del tutor legal n.º 1

Dirección física

Línea 2 de la dirección física

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ciudad

Estado

Código postal

Condado de la dirección del tutor legal n.º 1

Correo electrónico del tutor legal n.º 1

ejemplo@ejemplo.com

Número de teléfono del tutor legal n.º 1

Ingrese un número de teléfono válido.

Nombre del tutor legal n.º 2

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Prefijo

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

Relación con el niño/joven

Dirección del tutor legal n.º 2

Dirección física

Línea 2 de la dirección física

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ciudad

Estado

Código postal

Condado de la dirección del tutor legal n.º 2

Correo electrónico del tutor legal n.º 2

ejemplo@ejemplo.com

Número de teléfono del tutor legal n.º 2

Ingrese un número de teléfono válido.

Información adicional sobre el niño/joven:

	Sí, actualmente	No, pero anteriormente sí	Nunca	N/A
Tiene un hijo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Embarazada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fallecimiento de uno o ambos padres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afiliación a una pandilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encarcelamiento de uno o ambos padres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Historial de consumo/abuso de sustancias de uno o ambos padres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exposición al plomo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recién nacido expuesto a sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Historial de salud mental de uno o ambos padres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Proporcione una descripción general de las fortalezas del joven *

Proporcione una descripción general de las necesidades clínicas del joven *

Servicios recibidos de/intervención de agencias:

	Sí, actualmente	No, pero anteriormente sí	Nunca	Solicitado
Departamento de Servicios Sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Departamento de Servicios Juveniles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administración de Discapacidades del Desarrollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autoridad local de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proveedor privado de servicios de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indique los servicios recibidos en el pasado y en el presente. Utilice el nombre de la agencia mencionada anteriormente o del proveedor privado y las fechas del servicio.

¿Cuál es la recomendación clínica? *

Servicios recomendados actualmente:

	Sí	No	N/A
Asesoramiento/terapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluación psicológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento por abuso de sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento para delincuentes sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoyo conductual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitoreo de los medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios psiquiátricos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información sobre consumo de sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento para pirómanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia basada en el trauma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluación psicosocial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluación neurológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Está el joven actualmente en un hospital con estadía prolongada por razones médicas? *

- Sí

No

Desde el punto de vista clínico, ¿se recomienda la colocación en una residencia? *

- Sí
- No
- No estoy seguro

Si la respuesta es “Sí”, ¿cuál es el motivo por el que se recomienda la colocación en una residencia? *

¿Se trata de una colocación nueva o de una transferencia entre entornos similares?

- Nueva
- Transferencia

¿Se han explorado los recursos dentro del estado para la colocación en una residencia?

- Sí
- No

¿Qué idioma se habla principalmente en el hogar?

Si NO se exploraron los recursos dentro del estado para la colocación en una residencia, explique los motivos a continuación, incluyendo los servicios específicos que no están disponibles para los programas dentro del estado a considerar.

Criterios de excepción para la colocación fuera del estado (OOS, por sus siglas en inglés):

- Más cerca: la colocación OOS está más cerca del hogar del joven que cualquier colocación alternativa dentro del estado.
- Proximidad: la colocación permanente del joven incluye la residencia con un cuidador cercano a la colocación OOS propuesta.
- Costo: las necesidades individuales del joven no se pueden satisfacer a través de los recursos apropiados y disponibles dentro del estado a un costo total menor o igual al 100 % del costo promedio por colocación para todos los programas OOS apropiados.
- Detención: el joven se encuentra actualmente detenido, bajo el cuidado de un refugio o internado en el Departamento de Servicios Juveniles (DJS, por sus siglas en inglés), en espera de ser colocado en virtud de una orden judicial.
- IDEA: el cumplimiento de la Ley Federal de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) requiere la colocación OOS.
- Hospital: el joven es hospitalizado en un hospital psiquiátrico de cuidados agudos bajo las siguientes circunstancias: 1) está comprometido con el DJS, el Departamento de Servicios Sociales (DSS, por sus siglas en inglés) local o una división del Departamento de Salud de Maryland (MDH, por sus siglas en inglés); 2) el equipo de tratamiento ha determinado que el joven está listo para ser dado de alta; o, 3) la única ubicación adecuada disponible es OOS.

¿Se está considerando un acuerdo de colocación voluntaria? *

Sí

No

Colocación previa más reciente

Nombre del centro

Dirección física

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ciudad

Estado

Colocación previa anterior

Nombre del centro

Dirección física

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ciudad

Estado

Colocación previa anterior

Nombre del centro

--	--

¿Cuál es la fecha prevista de colocación?

--	--	--

Día Mes Año

¿Cuál es la fecha prevista de alta si el joven se encuentra actualmente en colocación?

--	--	--

Día Mes Año

Otra información:

Equipo de atención local del condado de Charles

Autorización para divulgar e intercambiar información confidencial

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento del niño:

Autorizo la divulgación e intercambio de información entre todos los miembros del equipo de atención local, incluidos: el Departamento de Servicios Juveniles; la Administración de Discapacidades del Desarrollo; los servicios de abuso de sustancias; la Administración de Salud Conductual o la Agencia de Servicios Básicos local; el Sistema Escolar local; el Departamento de Salud local; el Departamento de Servicios Sociales local; el Centro para Niños; la defensoría de padres; el Comité Interinstitucional de Colocación y la Junta Directiva Local.

La información puede incluir, entre otras cosas:

- participación con agencias y organizaciones comunitarias
- progreso en el tratamiento o colocación
- asistencia y cumplimiento con los programas
- diagnóstico
- fechas de ingreso y alta
- planes de tratamiento
- evaluaciones
- resumen de alta
- recomendaciones

Especifique cualquier limitación al intercambio y divulgación de información: _____

El propósito de la divulgación aquí autorizada es facilitar: (marque los que correspondan)

- El análisis interinstitucional y la resolución de problemas para las necesidades individuales de niños y familias
 El acuerdo de colocación voluntaria

Se comprende que esta autorización expira un año después de la fecha de su firma.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Firma del joven (si corresponde)

Fecha

Devolver al Consejo de Defensa de Niños, Jóvenes y Familias del condado de Charles en el Departamento de Servicios Comunitarios
8190 Port Tobacco Rd
Port Tobacco, MD 20677
CCACCYF-LMB@charlescountymd.gov

EXENCIÓN DE 10 DÍAS DEL LCT Y DEL SCC

Niño		Fecha de nacimiento	
Jurisdicción		Agencia principal	

El equipo de atención local (LCT, por sus siglas en inglés) es un foro para análisis entre agencias y resolución de problemas para las necesidades sistémicas e individuales de niños y familias. Si bien el LCT no toma decisiones de colocación en residencias ni se requiere su aprobación para las mismas, en el transcurso de los análisis interinstitucionales se puede explorar una colocación en una residencia fuera del estado, lo que dará lugar a que el LCT le haga una recomendación a la agencia principal para que considere una colocación en una residencia.

El Consejo Estatal de Coordinación (SCC, por sus siglas en inglés) revisa las solicitudes de las agencias principales para la financiación de la colocación en residencias de niños con discapacidades en centros residenciales fuera del estado. El SCC podrá aprobar, modificar o rechazar la solicitud tal como fue presentada.

De conformidad con la ley de Maryland (sección 8-409 del artículo de servicios humanos de Maryland), los padres y abogados tienen derecho a recibir una notificación por escrito al menos diez (10) días antes de cualquier reunión del LCT o del CCE en la que se analice la colocación de su hijo/cliente fuera del estado.

Si renuncia a su derecho a recibir un aviso con diez (10) días completos de antelación (firmando a continuación), es posible que se acelere la revisión del caso de su hijo/cliente. **Debe proporcionar un número de teléfono que funcione para que se acelere su caso, de modo que se le pueda notificar sobre la reunión.** En cualquier caso, se le notificará por escrito cualquier decisión del LCT o del SCC relativa a la colocación de su hijo.

Este formulario es opcional. Si no firma este formulario, el caso de su hijo/cliente será revisado por el LCT o el SCC después de notificarle por escrito con diez (10) días de antelación.

Deseo que se me notifique con antelación la fecha de la reunión del equipo local de atención o del Consejo Estatal de Coordinación para hablar sobre mi hijo/cliente. Tuve la oportunidad de revisar y analizar este formulario con el administrador del caso de mi hijo/cliente. No necesito un aviso por escrito con diez (10) días de antelación sobre (marque la casilla correspondiente a continuación):

Reuniones del LCT y el SCC Reunión solo del LCT Reunión solo del SCC

Nombre en letra de imprenta (padre/madre/tutor/abogado)			
Complete una exención de padre, madre o tutor legal <u>Y</u>de abogado si desea acelerar la revisión del caso.			
Soy el	<input type="checkbox"/> padre/madre del niño	<input type="checkbox"/> tutor legal del niño	<input type="checkbox"/> abogado del niño
Números de teléfono	Hogar	Trabajo	Otro

Esta exención vence 1 año después de la fecha de la firma del parentesco. Esta exención puede rescindirse antes de la fecha de vencimiento presentando una carta por escrito a la agencia principal e indicando la intención de retirar esta exención. La fecha en que la agencia principal reciba esta carta será la fecha de entrada en vigor de la terminación de esta exención; la agencia principal es responsable de notificar al LCT o al SCC por escrito sobre cualquier exención retirada para casos del LCT o del SCC.

Firma del parentesco

Fecha

Verificación de la agencia principal:

Trabajador de la agencia principal;
nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha