



Consulta de salud mental en la primera infancia de Denver Health
Solicitud de Consulta Centrada en el Niño y la Familia

La primera infancia es una etapa en la que los niños aprenden habilidades sociales y emocionales que tienen beneficios para toda la vida, como aprender a hacer amigos, tomar turnos con sus compañeros y manejar las emociones. Los consultores de **salud mental en la primera infancia (ECMH)** trabajan directamente con los **adultos** que cuidan a los niños para desarrollar su capacidad y habilidades para fortalecer y apoyar el desarrollo social y emocional saludable de los niños. **Los mejores resultados se obtienen cuando los consultores y los adultos con los que trabajan forman relaciones sólidas y de confianza.**

[Nombre del niño] _____ fue derivado a una **consulta de salud mental en la primera infancia (ECMHC)** para apoyarlo y enriquecer sus experiencias en el hogar y en el aula (cuando corresponda). La consulta es voluntaria y gratuita. Nuestros servicios se centran en las fortalezas de su hijo y no etiquetaremos ni diagnosticaremos a su hijo. Si elige dar su consentimiento firmando este formulario, el consultor puede continuar con los siguientes pasos del proceso.

Su participación es muy importante; no podemos hacer este trabajo sin usted. Cuando corresponda, este servicio también incluye hablar con el maestro de su hijo y unirse al aula de su hijo para observarlo, el aula y al maestro. Esto le permite al consultor conocer más sobre su hijo sin interrumpir su día. El consultor también solicitará que usted y el maestro completen un cuestionario llamado Evaluación de la primera infancia de Devereux (DECA-C), que destaca tanto las fortalezas de su hijo como las posibles áreas de crecimiento. La DECA-C se convertirá en parte de un plan sobre cómo apoyar mejor a su hijo. Este plan se creará con usted y otros adultos importantes en la vida de su hijo, como su maestro u otros cuidadores. Según las necesidades de su hijo, sus preferencias individuales y la disponibilidad del consultor, se utilizará una consulta telefónica (es decir, virtual) o una consulta en persona para prestar los servicios.

Los servicios pueden incluir:

- Observación/retroalimentación de las interacciones de adultos con su hijo en diferentes entornos (por ejemplo, aula, patio de juegos, etc.)
- Educación sobre el crecimiento típico de los niños y las expectativas de desarrollo
- Compartir estrategias que ayuden a apoyar el crecimiento y el desarrollo de su hijo
- Hablar sobre las formas de apoyar a su hijo en momentos de estrés
- Participar en conversaciones sobre sus experiencias como cuidador de este niño
- Enlaces a recursos y servicios útiles

Nombre del padre/cuidador: _____

Participaré en estos servicios asistiendo a reuniones en persona, virtuales o telefónicas con la frecuencia que acordamos el consultor y yo

Doy mi consentimiento para los servicios de consulta, pero no deseo participar (**entiendo que soy una parte muy importante del proceso y que al no participar, el progreso de mi hijo puede verse limitado**)

Días y horarios preferidos para comunicarse con su consultor: _____

Número de teléfono: _____ **Correo electrónico del padre:** _____

Firma del padre/cuidador: _____ **Fecha:** _____

Durante este proceso, se le solicitará información básica sobre usted y su hijo, como su fecha de nacimiento, raza/etnia, etc. Lo que comparta es confidencial y no estará disponible para el público. El Departamento de Primera Infancia de Colorado (CDEC), Denver Great Kids Head Start (DGKHS) y el programa de Consulta de Salud Mental de Primera Infancia de Denver Health (ECMHC) tendrán acceso a estos datos con el fin de mejorar el programa en general, ayudar a apoyar al niño y posiblemente derivarlo a otros programas, servicios o recursos de alta calidad para la primera infancia que se ofrecen a través del CDEC. Cualquier informe que se requiera para el programa no incluirá su nombre ni el de su hijo ni otra información de identificación.



Consulta de salud mental en la primera infancia de Denver Health
Solicitud de Consulta Centrada en el Niño y la Familia

Nota: El Centro de ECE referente debe completar la segunda página

Referencia iniciada por:

Nombre: _____ Función: _____

Correo electrónico: _____

Información del niño y de la familia:

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Hay algún acuerdo de custodia legal? Si No Si hay un acuerdo quien tiene derechos médicos? _____

Quien tiene derechos educacionales? _____ Pueden proporcionar una copia del acuerdo? Si No

El niño tiene un IEP or IFSP: Si No

Dirección: _____

Raza/etnia del niño (por favor marque)

Blanco negro Hispano Asiático/isleño del Pacífico/nativo de Hawái Del Medio Oriente/del Norte de África Nativo americano/nativo de Alaska De dos o más razas Prefiere no revelar

Género del niño (seleccione uno): Masculino Femenino Transgénero Otro: _____

Idioma principal del niño: _____

Nombre del cuidador/padre/madre: _____

Raza/etnia del cuidador/padre (por favor marque)

Blanco negro Hispano Asiático/isleño del Pacífico/nativo de Hawái Del Medio Oriente/del Norte de África Nativo americano/nativo de Alaska De dos o más razas Prefiere no revelar

Idioma principal del padre/madre/cuidador: _____

Número de teléfono del cuidador: _____ Correo electrónico: _____

Centro/escuela: _____ Aula: _____

Razón por la que se refiere a este niño para la consulta de salud mental:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muerde | <input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente | <input type="checkbox"/> Juego peligroso |
| <input type="checkbox"/> No parece escuchar | <input type="checkbox"/> Triste/deprimido | <input type="checkbox"/> No se comunica |
| <input type="checkbox"/> No socializa con sus compañeros | <input type="checkbox"/> Historial de trauma/adversidad | <input type="checkbox"/> Retraído |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento agresivo | <input type="checkbox"/> Juego no apropiado para su edad | <input type="checkbox"/> Se va del aula |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad por separación | <input type="checkbox"/> No socializa con adultos | <input type="checkbox"/> Estrés en el hogar/familia |
| <input type="checkbox"/> Relación tensa en familia | <input type="checkbox"/> Grita/llanto | <input type="checkbox"/> Ansioso/tímido |
| <input type="checkbox"/> Desafíos para la crianza | <input type="checkbox"/> Dificultad con los cambios | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Interrumpe la clase | <input type="checkbox"/> Pérdida/duelo reciente | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Las preocupaciones son principalmente en (escoge uno): Casa Escuela Los dos

Firma: _____ **Fecha:** _____

(El paquete de derivación completo debe incluir el formulario de reconocimiento de los padres firmado; DECA-C completado por el maestro y el cuidador)

(Solo para uso interno) Fecha en que se devolvió el paquete de derivación al consultor: _____

Acuerdo de servicio: Elementos clave



ASOCIACIÓN

La manera en que trabajaremos juntos.

Acordamos trabajar juntos.

Nuestros servicios son para cuidadores adultos.

Desarrollamos habilidades de cuidador para apoyar a los niños.



PROCESO

Lo que incluirá nuestro trabajo.

Establecemos objetivos y trabajamos juntos para lograrlos.

Todos acordamos hacer nuestra parte.

Nuestro trabajo fortalece el programa.



RESULTADOS

Lo que pretendemos lograr.

Aumentar las habilidades del cuidador.

Satisfacer las necesidades socioemocionales de los niños.

Acceder a los apoyos futuros necesarios.