



**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.