

BLOOMINGTON, EDINA AND RICHFIELD
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA FOLLOW ALONG

La información recopilada en este formulario se utilizará para vincularlo con el personal de salud pública local de su condado que proporciona el Programa Follow Along. Toda la información en este formulario es confidencial y solo se utilizará para participar en el Programa Follow Along. También puede completar este formulario de inscripción en línea blm.mn/followalong (disponible en inglés y español).

(* significa campo obligatorio)

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre * _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido* _____

Género del niño * _____ Masculino _____ Femenino

Hispano o Latino _____ No _____ Sí

Raza/Origen étnico (marque todas las opciones que correspondan)*

_____ Blanco	_____ Negro o afroamericano
_____ Asiático	_____ Indio americano y nativo de Alaska
_____ Nativo de Hawái	_____ Otro
_____ Otro isleño del Pacífico	

Seguro Médico (marque todas las opciones que correspondan)

_____ Asistencia médica (actual o pendiente)	_____ MNCare
_____ Ninguno	_____ Seguro privado/HMO
	_____ Otro

Fecha de nacimiento del niño * _____

¿Su bebé nació prematuro? _____ No _____ Sí

¿Cuántas semanas/días antes de la fecha prevista del parto? * _____

¿Cuánto pesó su bebé al nacer? (libras/onzas o gramos) * _____

¿Hubo algún problema con el embarazo? _____ No _____ Sí

En caso afirmativo, explique brevemente *

¿Estuvo su bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (NICU)? _____ No _____ Sí

¿Su hijo tiene alguna afección de salud o diagnóstico? _____ No _____ Sí

En caso afirmativo, explique la afección de salud del niño *

Cuando nació, ¿le hicieron pruebas de audición en el hospital? * _____ No _____ Sí

Fecha de la prueba (si se conoce) _____

¿Hubo algún problema? No Sí

En caso afirmativo, explique brevemente *

Proveedor de atención primaria del niño: _____

Nombre de la clínica: _____

Ciudad de la clínica: _____

¿Distrito escolar en el que vive su hijo? (si se conoce): _____

¿Tiene preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo? No Sí

En caso afirmativo, explique brevemente *

INFORMACIÓN DEL TUTOR

Nombre del tutor principal * _____

Apellido del tutor principal * _____

Teléfono principal * _____ Otro teléfono _____

Dirección de correo electrónico * _____

Idioma principal * _____

¿Necesita intérprete? No Sí

Idioma principal escrito* _____

INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN

Dirección postal * _____

Número de apartamento/unidad _____

Ciudad * _____ Código postal * _____

¿Cómo se enteró del Programa Follow Along? (marque todas las opciones que correspondan)

Hospital/Clínica/Proveedor de servicios médicos

Clínica WIC

Visita a domicilio/Personal de enfermería de salud pública

Distrito escolar

Help Me Grow/ECSE

Otro

Deseo información sobre los siguientes servicios de salud pública:

Vacunas.

Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC): educación nutricional y beneficios alimentarios.

Ayuda para encontrar recursos locales, como seguro de salud, apoyo para la salud mental, ayuda con alimentos, etcétera.

Otro: _____

AUTORIZACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA FOLLOW ALONG

El Programa Follow Along está patrocinado por el Minnesota Department of Health (MDH) (Departamento de Salud de Minnesota) y la agencia local de salud pública que coordina el programa en el condado o área donde vivo (Agencia Administradora).

Con las siguientes condiciones,

Por este medio, inscribo a _____, _____, en el programa Follow Along.
Nombre del menor Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

MIS RESPONSABILIDADES

- Completaré y devolveré los cuestionarios que me envíe la Agencia Administradora sobre el crecimiento y desarrollo de mi hijo/a en diferentes edades, cada 4-6 meses. (Si mi hijo/a nació prematuramente, es posible que me pidan que complete algunos cuestionarios después de que mi hijo alcance cierta edad).

MIS DERECHOS

- Mi participación en el programa Follow Along es voluntaria. No tengo la obligación legal de proveer información al programa. Sin embargo, si no proveo los datos solicitados es posible que no pueda participar plenamente en el programa.
- La Agencia Administradora no compartirá información privada sobre mi hijo/a o mi familia con ninguna persona o agencia ajena al programa sin haber recibido mi autorización por escrito, salvo que la ley o un tribunal lo exija.
- Puedo retirar en cualquier momento a mi hijo/a del programa Follow Along informando a la Agencia Administradora mi deseo de no continuar en el programa. Si me retiro, todavía es posible que pueda contar con otros servicios.
- Alguien del programa evaluará el cuestionario de mi hijo/a y me informará los resultados. Si los resultados muestran la existencia de áreas de preocupación, un proveedor de atención médica se comunicará conmigo para hablar sobre los pasos a seguir para abordar dicha preocupación.
- Tendré acceso a toda la información que mi familia haya entregado al programa Follow Along.

MI CONSENTIMIENTO

- ✓ Autorizo a la Agencia Administradora a recopilar información médica y personal sobre mi hijo/a y familia, así como los resultados del cuestionario, con el propósito de evaluar, medir y apoyar la salud, el aprendizaje y el desarrollo de mi hijo/a por la duración del programa.
- ✓ Autorizo a la Agencia Administradora a compartir la información recopilada como parte del programa con los proveedores médicos y el distrito escolar de mi hijo/a y con los servicios de salud del comportamiento para la primera infancia y otros servicios, según corresponda, por la duración del programa.
- ✓ Si me mudo a otro condado y me mantengo en el programa Follow Along o en un programa de seguimiento similar, autorizo a la Agencia Administradora a enviar mi información al nuevo condado para asegurar la continuidad de la inscripción de mi hijo/a.

Firma del padre/tutor _____ (Fecha) _____