Exención al Servicio Extensivo de Apoyo Infantil
Solicitud para la lista de verificación

COLORADO
Department of Health Care Policy & Financing

Política y financiación del Departamento de la Atención a la Salud
División de discapacidades intelectuales y del desarrollo Octubre de 2014

Para utilizarla en la solicitud inicial de lista de espera, inscripción y revisiones de estadía continua

La información incluida en este documento **debe** demostrar que el niño cumple con los requisitos de elegibilidad para la exención al CES de la siguiente manera:

El niño demuestra un comportamiento o tiene una afección médica que requiere intervención humana directa, más intensa que un recordatorio verbal, redirección u observación breve de la afección médica, por lo menos una vez cada dos horas durante el día y en un promedio semanal de una vez cada tres horas durante la noche. El comportamiento o afección médica deben considerarse más allá de lo que se considera normal para la edad apropiada, debido a una o más de las siguientes condiciones:

A. *Patrón importante* de comportamiento autodestructivo o afección médica que, sin intervención, podría resultar en una afección o situación de riesgo de vida.

Definición de patrón importante:

- El comportamiento o la afección médica es ***peligroso contra sí mismo u otros.***
- Se manifiesta a través de ***eventos reales.***
- Los eventos sucedieron en los ***últimos seis; o***

B. Un *patrón importante* de comportamientos agresivos contra sí mismo, contraotros o contra la propiedad.

- El comportamiento o la afección médica es ***peligroso contra sí mismo u otros.***
- Se manifiesta a través de ***eventos reales.***
- Los eventos sucedieron en los ***últimos seis; o***

C. Vocalizaciones *constantes* como gritos, lloriqueos, risas o amenazas verbales que les provocan angustia emocional a los cuidadores.

- Definición de constante: Un promedio de 15 minutos de cada hora al estar despierto.

Las condiciones mencionadas anteriormente deben darse a conocer a través de una declaración o información de los padres la cual se corrobora por escrito y demuestra que:

- La(s) necesidade(s) médicas o los comportamiento(s) del niño se han demostrado; o
- Se puede establecer que en ausencia de la intervención o prevención existente la intensidad o frecuencia del comportamiento o necesidad médica se resumiría a un nivel que cumpliría con los criterios expuestos anteriormente.

La evidencia debe incluir, pero no debe limitarse a:

- Historias clínicas, exámenes y evaluaciones profesionales, expedientes académicos, reclamaciones de seguros, informes farmacológicos de comportamiento, informe policial, informes de servicios sociales; u
  - Observación de un tercero de forma habitual

Nombre del niño_____

Revisión de estadía continua _____ Lista de espera_____ Inscripción inicial_____

Información sobre el niño:

Nombre:	Número de seguridad social:
Fecha de nacimiento:	Altura y peso:
Número de identificación de Medicaid:	

Información sobre el médico y los padres/tutores legales:

Nombres:	Dirección:
Número de teléfono:	Número y nombre del médico:

Información sobre el Consejo Centrado en la Comunidad:

Consejo Centrado en la Comunidad:	Administrador de caso/Coordinador de recursos:
Fecha de elegibilidad para DD según el CCB:	Teléfono del Coordinador de recursos/Administrador de caso:
Dirección de correo electrónico del Coordinador de recursos/Administrador de caso:	

Condición de vida actual del niño: (marque uno)

_____ Vive con el/los padre(s) adoptivo(s) o biológico(s) o tutor legal en la casa de familia.

_____ En un hogar sustituto y podría regresar a casa con la prestación de los servicios de CES. Indique:

En el Anexo A se detallan algunos ejemplos de afecciones médicas, comportamientos o vocalizaciones que su hijo puede experimentar. Examine cada una y brinde información sobre las que experimenta su hijo incluyendo frecuencia (que tan seguido ocurren), duración (cuánto dura) e intensidad (qué tipo de lesión la produce; como sangrado, ahogamiento, hematomas, etc.) el Anexo B contiene una lista de intervenciones posibles que pueden utilizarse para tratar

Nombre del niño_____

afecciones/comportamientos. Si no encuentra la afección, el comportamiento o la intervención que experimenta, escríbala en el Anexo. Sea lo más específico posible. La página 5 es una página de resumen donde puede incluir información importante que quizá no esté reflejada en otra parte de la solicitud.

Ingrese la afección médica, los comportamientos o las vocalizaciones constantes (las listas que se encuentran en los Anexos A y B) que usted considera que determinarán la elegibilidad de su hijo para la exención al CES. La página 3 se utiliza para intervenciones diurnas y la página 4 se utiliza para intervenciones nocturnas. Las primeras dos filas de esta página han sido completadas para usted como ejemplo. Si su hijo demuestra la misma afección o comportamiento que indica el ejemplo, agréguelo con sus propias palabras. Copiar y usar tantas páginas como sea necesario.

Intervenciones diurnas

Columna 1 **Comportamiento o afección médica** (consulte el Anexo A para ver los ejemplos)	**Columna 2** **Frecuencia: que tan seguido suceden**		**Columna 3** **Duración: Indique cuánto dura cada episodio de afección/comportamiento; 15 minutos, 1 hora, 2 horas, etc.)**	**Columna 4** **Intensidad: cuál es la lesión que se puede producir a sí mismo o a otros si no hay intervención**	**Columna 5** **Intervención: Consultar el Anexo B, ingresar el número de código o intervención aquí.**
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			

Nombre del niño_____

Columna 1 **Comportamiento o afección médica** (consulte el Anexo A para ver los ejemplos)	**Columna 2** **Frecuencia: que tan seguido suceden**		**Columna 3** **Duración: Indique cuánto dura cada episodio de afección/comportamiento; 15 minutos, 1 hora, 2 horas, etc.)**	**Columna 4** **Intensidad: cuál es la lesión que se puede producir a sí mismo o a otros si no hay intervención**	**Columna 5** **Intervención: Consultar el Anexo B, ingresar el número de código o intervención aquí.**
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada dos horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes			

Nombre del niño_____

Intervenciones nocturnas: en un promedio semanal, ¿en cuántas noches suceden intervenciones?_____

Hora de acostarse habitual:_____ Hora de despertarse habitual:_____ Total de horas que el niño duerme cada noche:____

Columna 1 **Comportamiento o afección médica** (consulte el Anexo A para ver los ejemplos)	**Columna 2** **Frecuencia: que tan seguido ocurren durante las horas de la noche.**		**Columna 3** **Duración: Indique cuánto dura cada episodio de afección/comportamiento; 15 minutos, 1 hora, 2 horas, etc.)**	**Columna 4** **Intensidad: cuál es la lesión que se puede producir a sí mismo o a otros si no hay intervención**	**Columna 5** **Intervención: Consulte la página 5, ingrese la cantidad de intervenciones aquí.**
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada tres horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por noche ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada tres horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por noche ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada tres horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por noche ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada tres horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por noche ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada tres horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por noche ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada tres horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por noche ☐ Por semana ☐ Por mes			
	☐ Cada 15 minutos ☐ Cada hora ☐ Cada tres horas ☐ Otro: Especifique	☐ Por noche ☐ Por semana ☐ Por mes			

Nombre del niño_____

Página de resumen: *(opcional; limitado a una página)* Describa brevemente la frecuencia y la intensidad de los comportamientos y las afecciones médicas que no se detallan en las páginas anteriores, pero que quizá pueden demostrar mejor la elegibilidad para CES.

Por ejemplo esto puede incluir: naturaleza o gravedad de las lesiones sufridas en los últimos 6 meses, el entorno escolar (ayudante personalizado, qué hace el ayudante para ayudar al niño, detalles de un plan de comportamiento, entorno cerrado para limitar distracciones, interacción con equipos escolares especializados; p. ej., Equipo de autismo del distrito, etc), o descripción y fechas de visitas a la sala de emergencias, hospitalizaciones, intervenciones policiales y afecciones médicas o comportamientos fuera de lo común.

Nombre del niño_____

Las páginas 7 y 8 deben completarse ÚNICAMENTE para la revisión de estadía continua y ÚNICAMENTE si el niño NO experimenta ningún comportamiento/afección(es) médica(s) que puedan utilizarse como criterio que cumpla con los requisitos DEBIDO A intervenciones brindadas por el servicio CES.
Los servicios CES son aquellos servicios que se enumeran específicamente en las páginas 7 y 8. Para obtener una descripción completa de los servicios, consulte el manual de CES, sección 7. No complete estas páginas si su hijo es nuevo en CES

Si estas páginas están blanco: no las envíe por fax a Masspro

Tecnología de asistencia	Descripción del servicio:	Comportamiento/afección médica que esto ayuda a modificar:
Servicios sobre comportamiento	Descripción del servicio:	Comportamiento/afección médica que esto ayuda a modificar:
Adaptaciones para el acceso al hogar	Descripción del servicio:	Comportamiento/afección médica que esto ayuda a modificar:
Atención personal	Descripción del servicio:	Comportamiento/afección médica que esto ayuda a modificar:
Servicio profesional; **Equinoterapia** **Terapia de movimiento** **Terapia de masajes**	Descripción del servicio:	Comportamiento/afección médica que esto ayuda a modificar:

Nombre del niño_____

Administrador de caso/Coordinador de recursos: Enumere los documentos que tiene y que describen los comportamientos, las afecciones médicas o las vocalizaciones constantes relacionadas con la elegibilidad que se manifestaron **dentro de los últimos seis (6) meses**. Los ejemplos deben incluir, pero sin limitarse a cualquier de los siguientes documentos: historiales clínicos, exámenes y evaluaciones profesionales, expedientes escolares, incluso registros de comunicaciones entre los padres y la escuela, reclamaciones de seguros, informes de la Clínica Farmacológica del Comportamiento, informes de incidentes, informes policiales, informes de servicios sociales u observación por un tercero de forma habitual. Las fuentes de información deben ser de fuentes externas fuera de la familia y de CCB. No incluya el Programa Educativo Individual (IEP).

No envíe documentos con la solicitud, se los solicitarán si es necesario. Estos documentos deben estar disponibles si el Masspro o la División para las Discapacidades de Desarrollo (DDD) los solicitan.

Suministros y equipo médico especializado	Descripción del servicio:	Comportamiento/afección médica que esto ayuda a modificar:
Atención de relevo	Descripción del servicio:	Comportamiento/afección médica que esto ayuda a modificar:
Visión	Descripción del servicio:	Comportamiento/afección médica que esto ayuda a modificar

Nombre del niño_____

Página de documentación

Tipo de documento o fuente de información	**Fecha del documento o fuente de información dd/mm/aa**	**¿Quién preparó el documento o suministró la información?**
	_____/_____/_____	
	_____/_____/_____	
	_____/_____/_____	

Nombre del niño:_____

Información necesaria para la lista de espera, inscripción o revisión de estadía continua: **(No debe enviar los anexos)**

_____ULTC 100.2 _____ Formulario de la lista de verificación de la solicitud del CES

Nombre del niño_____

Certifico, a mi leal saber y entender, que toda la información contenida en esta solicitud es auténtica y completa.

_____ _____

Firma Fecha

(Haga un círculo alrededor de una opción) Padre Tutor legal

Certifico, a mi leal saber y entender, que toda la información contenida en esta solicitud es auténtica y completa.

_____ _____ _____

Firma (Administrador de caso/Coordinador de recursos) Fecha Consejo Centrado en la Comunidad

_____

Escriba su nombre en letra imprenta

Cuando esta solicitud esté completa, envíela a:
Coordinador del programa
Exención al Servicio Extensivo de Apoyo Infantil
Masspro
245 Winter Street
Waltham, MA 02451
Teléfono 1-855-222-5250
FAX: 1-855-222-5257
coltc@masspro.org

Nombre del niño_____

Anexo A

Para calificar para la exención al CES, el niño debe demostrar un **comportamiento** o presentar una **afección médica** o **vocalización constante** que requiere **intervención humana directa, más intensa que un recordatorio verbal, redirección o breve observación de la afección médica**, al menos una vez **cada dos horas durante el día y en un promedio semanal de una vez cada tres horas durante la noche**. El comportamiento o la afección médica debe considerarse **más allá de lo que se considera normal para la edad apropiada**, debido a una o más de las siguientes condiciones;

Afección Médica

Neurológica
- Convulsiones/Afección neurológica
- Tics
- Temblores

Problemas respiratorios
- Otros problemas pulmonares o de las vías respiratorias
- Aspiración

Digestivos
- Ahogamiento
- Nada por la boca
- Trastorno alimenticio
- Trastorno de tragar
- Problemas sensoriales con la alimentación
- Colostomía u _____ostomía
- Diarrea
- Constipación
- Otros problemas de eliminación
- Reflujo
- Especifique otro tipo de problema digestivo
- Traqueostomía

Sistema inmunológico
- Alergias a los alimentos
- Sistema inmune comprometido
- Enfermedad

Problemas musculares/óseos
- Parálisis
- Espasmos musculares
- Atrofia muscular (debilidad o pérdida muscular)
- Escoliosis
- Dolor de las articulaciones
- Otros problemas óseos/musculares

Piel
- Erosión cutánea
- Dificultad para regular la temperatura corporal
- Otros problemas de la piel

Sensorial
- Impedimentos visuales
- Impedimentos auditivos
- Impedimentos del olfato
- Problemas sensoriales generales
- No darse cuenta de una lesión sufrida

Nombre del niño_____

Anexo A1

Trastornos del comportamiento

Comportamiento autodestructivo

Pensamientos suicidas
Movimientos extraviados
Huida (escaparse)
Abandono del asiento de seguridad del vehículo
Interferencia con el conductor del vehículo
Escalar con un alto riesgo de lesión
Saltar con un alto riesgo de lesión
Golpearse la cabeza sobre una superficie dura
Golpearse la cabeza con el puño provocando sangrado, hematoma y lesión ocular
Iniciar un incendio
Comportamiento sexual inadecuado/peligroso
Sacudir los brazos de forma violenta/golpear accidentalmente
Falta de seguridad en la cocina
Falta de seguridad en el hogar
Pica (comer cosas que no son nutritivas como tierra, yeso, etc.)
Llenarse la boca con comida y ahogarse
Negarse a comer
Introducir cuerpos extraños en la nariz, los oídos y la boca
Mezcla de sustancias químicas
No darse cuenta de una lesión sufrida
Erupción cutánea por arañazos o pellizcos
Vestirse de forma inadecuada para el clima
Otro: Describir en la página de descripción

Comportamiento agresivo grave

Fascinación con los objetos cortantes

Arrancarse la piel

Morderse a sí mismo o a otros
Golpearse a sí mismo o a otros
Patear
Empujar
Escupir
Retorcerse la piel
Pellizcar
Asfixiar a otros
Cabezazos
Manchar con excremento
Orinar en lugares inapropiados
Cortar la ropa
Destrucción del hogar/de artículos
Daños en la propiedad
Agresión a los animales
Otro: Describir en la página de descripción

Vocalización constante

Gritar
Llorar
Chillar
Tararear
Reír
Gruñir
Blasfemar
Perseveración (necesidad de repetir)
Ecolalia (imita todo lo que escucha)
Otro: Describir en la página de descripción

Nombre del niño_____

Anexo A2

Intervenciones Médicas	
1	Visitas a la sala de emergencia
2	Hospitalizaciones
3	Visitas médicas
4	Visitas de salud mental
5	Cirugías
6	Llamadas al 911
7	Contacto de Servicios Sociales
8	Intervenciones policiales
9	Oxígeno
10	Succión
11	BiPAP
12	CPAP
13	Oximetría de pulso
14	Nebulizadores
15	Monitor de ritmo cardíaco
16	Diálisis
17	Alimentación por sonda
18	Equipo de adaptación
19	Reposicionamiento
20	Dieta especial
21	Cuidado de heridas
22	Cuidado de la piel
23	Cambio de pañales
24	Intervenciones durante episodios de convulsiones
25	Rampa para silla de ruedas
26	Chaleco percutor torácico
27	Supervisión individual
28	Respuesta a todas las alarmas del equipo médico
29	Administración de los medicamentos vía sonda gástrica
30	Reanimación Cardiopulmonar (RCP)
80	Otro: Especifique

Nombre del niño_____

Anexo B

Intervenciones de comportamiento	
1	Visitas a la sala de emergencia
2	Hospitalizaciones
3	Visitas médicas
4	Visitas de salud mental
5	Cirugías
6	Llamadas al 911
7	Contacto de Servicios Sociales
8	Intervenciones policiales
50	Supervisión individual
51	Ajustes medioambientales
52	Modificaciones a la casa
53	Habitación de resguardo
54	Seguros en las puertas/ventanas
55	Sistema de alarma
56	Ropa especializada
57	Vigilancia de los padres por la noche
58	Cerrar la puerta del dormitorio del niño durante la noche
59	El niño duerme con los padres
60	Colchón sobre el suelo
61	La habitación del niño está vacía
62	Monitor de vigilancia para bebés
63	Apartarlo físicamente al niño de la situación
64	Sostenerlo al niño por seguridad
65	Estímulo sensorial: Especifique
66	Plan de comportamiento
67	Confinado al hogar
68	Paraprofesional personalizado en la escuela
69	Retirarse antes de la escuela
70	Suspensiones/expulsiones de la escuela
71	Suspensiones/expulsiones del autobús escolar
72	Arnés utilizado en vehículo/autobús

73	Seguros del cinturón de seguridad
74	Asiento de seguridad para niños no impuesto por la ley
75	Prevención de la ingesta de medicamentos, venenos, líquidos de limpieza, etc.
76	Prevención de pica
77	Prevención de intentos suicidas
78	Prevención de agresión sexual
79	Prevención de un comportamiento que no es agresivo, pero es inapropiado
80	Otro: Especifique