

# Centro Regional Golden Gate

## Referencia para Intervención Temprana (de 0 a 36 meses)

Entregar el formulario y los expedientes relacionados a

Dirección electrónica: [intake@ggrc.org](mailto:intake@ggrc.org) Fax: 1-888-339-3306

Condado de San Francisco

Condado de Marin

Condado de San Mateo

Formulario completado por:  Padre/madre  Proveedor médico  Otro (especificar): \_\_\_\_\_  
(\* Información requerida)

\* APELLIDO del/de la menor

\* PRIMER nombre del/de la menor

\* Fecha de nacimiento del/de la menor

Sexo del/de la menor

Grupo étnico del/de la menor

Agencia/organización referente

Nombre

Dirección electrónica

Teléfono DIRECTO

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

\* Dirección física del/de la menor:

Dirección postal (Si es diferente)

La dirección física aplica a:  El padre  La madre  Otro contacto legal (p. ej., recurso/casa de crianza: detalles adicionales a continuación)  marcar si es transeúnte (identificar una dirección como, por ejemplo, un refugio, la casa de un pariente, etc.)

### Información de contacto

Nombre (apellido, primero)

Teléfono

Dirección electrónica

\*Padre/madre

Padre/madre

Otro contacto legal (p. ej., recurso/padre/madre de crianza)

**Representante legal o titular de los derechos educativos (p. ej., CPS, CASA, abuelo/abuela, etc.) si aplica.** Incluir copia de órdenes judiciales que nombran esta parte legal.

Nombre completo:

Relación:

Teléfono:

Dirección electrónica:

### Problemas del desarrollo

Adjuntar cualquier informe médico o del desarrollo y describir los problemas a continuación

Cognitivos:

Físicos/motores:

De la vista/audición:

Comunicación:

Sociales/emocionales:

Adaptativo/de autoayuda:

Verificar si el/la menor tiene un riesgo establecido (diagnóstico específico) o es de alto riesgo. Deben incluirse los expedientes médicos.

### Para uso exclusivo del GGRC

Fecha recibida:

45 días:

Edad/mes:

UCI:

junio de 2023 mtr