



Formulario de remisión al Equipo de Atención Local del condado de Frederick (LCT, en inglés) y al Comité Interinstitucional de Colocación (IPC, en inglés)

Fecha de la reunión del LCT (a completar por el personal del LCT): _____

Instrucciones

- Complete este formulario para hacer una remisión al Equipo de Atención Local o al Comité Interinstitucional de Colocación.
- Póngase en contacto con el coordinador del Equipo de Atención Local para hablar del caso y asegurarse de que la remisión es adecuada por correo electrónico a **LCT@frederickcountymd.gov** o por teléfono al **301.600.1077**.
- Cuando lo considere apropiado, complete la remisión y envíela al coordinador del Equipo de Atención Local: LCT@frederickcountymd.gov.
- Los padres/defensores que completen el formulario deberán brindar la mayor cantidad de información posible. El coordinador del Equipo de Atención Local ayudará a completar el formulario según sea necesario para garantizar que se obtiene toda la información pertinente.
- Los formularios deben transmitirse utilizando la codificación adecuada para garantizar la confidencialidad de la información de salud protegida; se obtendrán los consentimientos y liberaciones necesarios.
- Para realizar una remisión al Comité Interinstitucional de Colocación (IPC), complete el formulario y envíelo al Comité por correo electrónico a **ipc.information@maryland.gov**.

¿Es la primera remisión al LCT?* Sí ☐ No ☐ En caso negativo, indique la fecha: _____

Fecha en la que se completó el formulario:* _____

Objetivo de la reunión:* Asistencia técnica _____ Acuerdo de colocación voluntario (VPA, en inglés) (colocación fuera del hogar) _____

Nombre de la persona que completa el formulario:*

Nombre *Apellido*

Usted es*

- ☐ Padre/madre/tutor
- ☐ Personal del hospital
- ☐ Personal de la agencia miembro del Equipo de Atención Local
- ☐ Otro, explique:

*Si no es el padre/la madre que hace la remisión, ¿se le notificó la reunión del LCT? Sí _____ No _____
¿Va a asistir? Sí _____ No _____

Su número de teléfono* _____

Indique un número de teléfono válido al que podamos ponernos en contacto con usted en relación con esta remisión

Su correo electrónico* _____
ejemplo@ejemplo.com

Agencia/hospital _____
En el caso de las remisiones realizadas por personal de la agencia o el hospital, indique la afiliación a la agencia de la persona que realiza la remisión o el nombre del hospital en el que trabaja dicha persona.

¿Cuál es el resultado que la AGENCIA espera de la reunión?*



Formulario de remisión al Equipo de Atención Local del condado de Frederick (LCT, en inglés) y al Comité Interinstitucional de Colocación (IPC, en inglés)

Nombre del joven*

Nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Fecha de nacimiento del joven* Edad del joven* Lengua materna*

Género del joven*

Raza del joven* Origen étnico del joven*

Dirección actual del joven* Dirección

Ciudad Estado Código postal

Dirección del centro, si corresponde. Si se trata de una residencia, deje este espacio en blanco.

¿El joven es residente de Maryland?* ☐ Sí ☐ No ☐ Sin determinar

¿Cuál es el condado de residencia del joven?*

¿Cuál es la situación legal del joven?*

- ☐ Comprometido con una agencia (Indique la agencia a continuación)
- ☐ Comprometido en conjunto con varias agencias (Indique las agencias a continuación)
- ☐ No está internado en ninguna agencia
- ☐ Acuerdo de colocación voluntaria aprobado
- ☐ Sin determinar

Si el joven está comprometido con una o más agencias, indique la(s) agencia(s):

¿El joven es elegible para recibir asistencia médica?* ☐ Sí ☐ No ☐ Sin determinar

Si el joven recibe actualmente Asistencia Médica, introduzca el número de Asistencia Médica:

¿El joven está inscrito en la escuela actualmente?* ☐ Sí ☐ No ☐ Sin determinar

Grado actual, si está inscrito*

¿Se ha notificado a la escuela la reunión del LCT?* Sí No Sin determinar

Si está inscrito en la escuela:

Nombre de la escuela

Ciudad de la escuela Estado de la escuela Condado/jurisdicción



Formulario de remisión al Equipo de Atención Local del condado de Frederick (LCT, en inglés) y al Comité Interinstitucional de Colocación (IPC, en inglés)

Objetivo educativo (o indique la fecha si lo ha completado):

- ☐ Diploma _____
- ☐ Diploma de Educación General (GED, en inglés) _____
- ☐ Certificado de finalización _____
- ☐ Otro _____

Fecha del último Plan 504 completado _____

Fecha del último Plan Educativo Individualizado (IEP, en inglés) completado _____

Código Educativo: Incluya información sobre la discapacidad principal del niño/joven tal y como se identifica en el plan del Programa Educativo Individualizado del joven.

- ☐ 01 Autismo
- ☐ 02 Sordera
- ☐ 03 Sordera - ceguera
- ☐ 04 Retraso en el desarrollo
- ☐ 05 Discapacidad emocional
- ☐ 06 Discapacidad auditiva
- ☐ 07 Discapacidad intelectual
- ☐ 08 Problemas ortopédicos
- ☐ 09 Otros problemas de salud
- ☐ 10 Problemas específicos del aprendizaje (dislexia, disgrafía, discalculia)
- ☐ 11 Discapacidad del habla o del lenguaje
- ☐ 13 Daño cerebral traumático
- ☐ 14 Discapacidad visual
- ☐ 15 Discapacidades múltiples (cognitivas, sensoriales, físicas)

Si NO está inscrito en la escuela, ¿cuál es la última escuela a la que asistió?

Nombre de la escuela

Ciudad de la escuela

Estado de la escuela

Fecha y grado de retiro o graduación: _____



Formulario de remisión al Equipo de Atención Local del condado de Frederick (LCT, en inglés) y al Comité Interinstitucional de Colocación (IPC, en inglés)

¿Cuáles son los resultados que los PADRES esperan de la reunión?*

¿Se han terminado los derechos de los padres?

Sí No No corresponde

Madre n.º 1

☐☐☐

Madre n.º 2

☐☐☐

Padre n.º 1

☐☐☐

Padre n.º 2

☐☐☐

Si se han terminado los derechos de los padres, indique a continuación los nombres correspondientes:

Nombre del tutor legal n.º 1*:

Prefijo Nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Relación con el niño/joven

Dirección del tutor legal n.º 1

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Condado de residencia

Correo electrónico

ejemplo@ejemplo.com

Número de teléfono del tutor legal n.º 1

Introduzca un número de teléfono válido

Nombre del tutor legal n.º 2*:

Prefijo Nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Relación con el niño/joven

Dirección del tutor legal n.º 2

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Condado de residencia

Correo electrónico

ejemplo@ejemplo.com

Número de teléfono del tutor legal n.º 2

Introduzca un número de teléfono válido



Formulario de remisión al Equipo de Atención Local del condado de Frederick (LCT, en inglés) y al Comité Interinstitucional de Colocación (IPC, en inglés)

¿Algún antecedente de los padres de consumo de sustancias/alcohol o encarcelamiento? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, explique:

¿Hay otros hermanos en el hogar? En caso afirmativo, indique la siguiente información a continuación:

Nombre _____ Edad _____ Relación _____

Nombre _____ Edad _____ Relación _____

Nombre _____ Edad _____ Relación _____

Nombre _____ Edad _____ Relación _____

Nombre _____ Edad _____ Relación _____



Formulario de remisión al Equipo de Atención Local del condado de Frederick (LCT, en inglés) y al Comité Interinstitucional de Colocación (IPC, en inglés)

	Sí, actualmente	No, pero antes	Nunca	No corresponde
Información adicional sobre el niño/joven:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamientos agresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducta pirómana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Múltiples diagnósticos de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ideación suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazada o con hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico de discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamientos sexualmente reactivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes de trata de personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proporcione una visión general de las fortalezas del joven:*

Describa los problemas actuales o las razones por los que solicita los servicios:*

Proporcione una visión general de las necesidades clínicas del joven:*

Enumere el diagnóstico actual y la medicación actual:*

Servicios recibidos de/participación de la agencia con:

	Sí, actualmente	No, pero antes	Nunca	No corresponde
Departamento de Servicios Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Departamento de Servicios de Menores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración de Discapacidades del Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoridad Local de Salud Conductual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proveedor privado de salud conductual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enumere los servicios recibidos, pasados y presentes. Indique el nombre de la agencia arriba mencionada o del proveedor privado y las fechas del servicio:



Formulario de remisión al Equipo de Atención Local del condado de Frederick (LCT, en inglés) y al Comité Interinstitucional de Colocación (IPC, en inglés)

Servicios recomendados actualmente:

	Sí	No	No corresponde
Asesoramiento/terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento de abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento de delincuentes sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoyos conductuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control de la medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación sobre el consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento de las personas que inician el fuego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia basada en el trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación psicosocial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación neurológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿El joven está hospitalizado y debe quedarse más tiempo según la necesidad médica? Sí ☐ No ☐

¿Se recomienda clínicamente una colocación residencial?* Sí ☐ No ☐ No corresponde ☐

En caso afirmativo, ¿cuál es el motivo por el que se recomienda la colocación residencial?*

¿Se trata de una nueva colocación o de un traslado entre centros similares? Nuevo ☐ Traslado ☐

¿Se han analizado los recursos del estado para la colocación residencial? Sí ☐ No ☐

¿Cuál es la recomendación clínica?*

Si NO se analizaron los recursos del estado para la colocación residencial, explique las razones a continuación, e incluya los servicios específicos que no están disponibles para los programas del estado a considerar:



Formulario de remisión al Equipo de Atención Local del condado de Frederick (LCT, en inglés) y al Comité Interinstitucional de Colocación (IPC, en inglés)

Criterios de excepción para la colocación fuera del estado (OOS, en inglés):

- ☐ **Mayor cercanía:** La colocación OOS está más cerca del hogar del joven que cualquier colocación alternativa del estado.
- ☐ **Proximidad:** La colocación permanente del joven incluye la residencia con un cuidador en las proximidades de la colocación OOS propuesta.
- ☐ **Costo:** Las necesidades individualizadas del joven no se pueden satisfacer a través de los recursos disponibles y adecuados del estado a un costo total menor o igual al 100 % del costo promedio por colocación para todos los programas OOS adecuados.
- ☐ **Detención:** El joven está actualmente detenido, en un centro de acogida o bajo la custodia del Departamento de Servicios de Menores (DJS, en inglés) a la espera de su colocación por orden judicial.
- ☐ **IDEA:** el cumplimiento de la Ley Federal de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, en inglés) exige la colocación OOS.
- ☐ **Hospital:** El joven es internado en un hospital psiquiátrico de cuidados intensivos en las siguientes circunstancias:
 1. Bajo la custodia del DJS, el Departamento de Servicios Sociales (DSS, en inglés) local o una división del Departamento de Salud de Maryland (MDH, en inglés);
 2. El equipo de tratamiento ha determinado que el joven está preparado para el alta; o
 3. La única colocación adecuada disponible es OOS.

¿Se está considerando un acuerdo de colocación voluntaria?* Sí ☐ No ☐

Colocación anterior más reciente:

Nombre del centro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Colocación anterior:

Nombre del centro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Colocación anterior:

Nombre del centro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuál es la fecha prevista de colocación? _____

¿Cuál es la fecha prevista del alta si el joven ya tiene una colocación actualmente? _____

Otra información: