

Descripción de las actividades del niño

Child's Name: (Last, First, Middle)	Case Number:	Date of Birth:
Agency: State Disability Review Unit OCP-826 State of New York Department of Health Albany, NY 12237	Client ID Number:	Disability ID Number:
	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
	Worker Name:	
	Phone Number: 1-866-330-0591	Date:

Se ha presentado en nombre del niño antes mencionado una solicitud para recibir beneficios de acuerdo a su estado de discapacidad. La información que proporcione a continuación será de utilidad para decidir si el niño recibirá Medicaid por una discapacidad. Deje en blanco cualquier inciso para el que no tenga información o que no aplique debido a la edad del niño. Le agradecemos su ayuda.

¿Ha notado algún problema en la capacidad del niño para moverse o caminar? No Sí

Si la respuesta es Sí, describa:

¿Ha observado algún problema en la forma en que el niño actúa cuando hay otras personas a su alrededor (incluido usted, los miembros de su familia, familiares o extraños)? No Sí

Si la respuesta es Sí, describa:

¿Ha observado algún problema en el habla? No Sí

Si la respuesta es Sí, describa:

¿Ha observado algún problema en las actividades de cuidado personal, como ir al baño, lavarse, alimentarse, vestirse, etc.? No Sí

Si la respuesta es Sí, describa:

¿Ha observado algún problema en la forma en que juega el niño, ya sea consigo o con los demás? No Sí

Si la respuesta es Sí, describa:

¿Ha observado algún problema de conducta? No Sí

Si la respuesta es Sí, describa:

Complete la siguiente sección si el niño va a la escuela.

Nombre de la escuela:	
Nombre del maestro:	Grado:
¿Es este algún tipo de programa de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, describa:	
¿Necesita el niño ayuda especial o adicional en lo que respecta a la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, describa:	
¿Sabe usted si hay algún problema relacionado con la asistencia del niño a la escuela o su desempeño en la escuela, como absentismo, días de ausencia por enfermedad, peleas, bajas calificaciones o problemas de disciplina? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, describa:	
Puede agregar cualquier otro comentario o información que tenga relacionada con el desempeño escolar:	

Su nombre:
Relación con el niño:
Número de teléfono: