

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR O OBTENER ATENCIÓN MÉDICA DE RUTINA/ESPECIALIZADA Y EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINARIA (MDE)**  
 DCF-460r-  
 5/2025 (NEW)

**PARA LA PERSONA RESPONSABLE POR EL MENOR EN EL TIEMPO DE COLACACION**

|   |  |   |                |   |
|---|--|---|----------------|---|
| APELLIDO del menor:   | NOMBRE del menor:                        | FECHA DE NACIMIENTO del menor:  | N.º LINK:      | Sexo del menor                                    |
| Nombre del proveedor de seguro médico:  |  | N.º del grupo:  | N.º de póliza: | Estatus legal del menor                           |
| Apellido del contacto de ubicación:   | Nombre del contacto de ubicación:        | Correo electrónico del contacto de ubicación:   |                | N.º de teléfono del contacto de ubicación:        |
| Dirección de la ubicación (n.º y calle):  |  | Ciudad:   | Estado:        | Código postal:                                    |
| Apellido del trabajador social:   | Nombre del trabajador social:            | Correo electrónico del trabajador social:   |                | N.º de teléfono del trabajador social:            |
| Apellido del supervisor de trabajo social:  | Nombre del supervisor de trabajo social: | Correo electrónico del supervisor de trabajo social:  |                | N.º de teléfono del supervisor de trabajo social: |
| Oficina de Trabajo Social del Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés): |  | Nombre de la Clínica de Especialidades/Clínica de Evaluación Multidisciplinaria (MDE, por sus siglas en inglés)/Proveedor |                |   |

**En nombre del menor antes mencionado, se otorga la autorización para brindar o buscar atención médica de la siguiente manera:**

- Servicios estándares de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés), que son detecciones periódicas adecuadas según la edad, cuando esté indicado, diagnóstico y tratamiento, incluso historial y exámenes físicos integrales, pruebas de laboratorio, educación sanitaria y orientación preventiva, y servicios oftalmológicos, para la audición y dentales.
- Seguimiento y monitorización de condiciones médicas crónicas por parte de un Proveedor de atención primaria y/o un Proveedor de especialidades
- Tratamiento de las enfermedades comunes de la infancia
- Realización de los exámenes físicos y llenado de los formularios de campamento, y llenado de los formularios escolares
- Consulta y evaluación de especialidades
- Estudios radiológicos sin sedación
- Detección y atención de la salud mental (salvo los medicamentos psicotrópicos)
- Evaluación multidisciplinaria

**Este formulario expira (1) cuando un menor cambia de ubicación o (2) 365 días después de la firma por parte del padre/de la madre, del guardián o del supervisor de trabajo social**

|  |   |        |
|--|---|--------|
| Nombre del padre/madre o guardián (si el niño/adolescente está bajo una orden de custodia temporal [OTC, por sus siglas en inglés]): | Firma del padre/de la madre o del guardián: | Fecha: |
|--|---|--------|

**Autorización para las vacunas recomendadas:**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí, yo autorizo: | <input type="checkbox"/> No, yo NO autorizo |
|---|---|

|   |   |        |
|---|---|--------|
| Firma del padre/de la madre o del guardián: | Firma del padre/de la madre o del guardián: | Fecha: |
|---|---|--------|

|   |  |       |
|---|--|-------|
| Nombre/cargo del Supervisor de Trabajo Social (o funcionario superior) del DCF: | Firma del Supervisor (o funcionario superior) de Trabajo Social del DCF: | Fecha |
|---|--|-------|