

# 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:
<b>Autorización para las vacunas recomendadas:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Sí, yo autorizo:</b>	<input type="checkbox"/> <b>No, yo NO autorizo</b>	
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