

**South Central Los Angeles Regional Center
2500 S. Western Ave., Los Angeles, CA 90018**

**Intervención Temprana
Solicitud Para Recibir Servicios**

Información del menor:

Fecha: _____

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido

Fecha de Nacimiento	Edad	Etnicidad

Sexo (Femenino o Masculino)	Lenguaje	Nombre de la persona o agencia que hace la referencia y el número de teléfono

Información de adulto responsable por menor:

Primer Nombre	Apellido	Relación (madre, padre, tutor legal)

Domicilio

Ciudad	Estado	Código Postal

Numero Telefónico	Numero De Celular	Numero Telefónico alternativo

Nombre del Trabajador Social (Casos de DCFS)	Numero Telefónico Del Trabajador Social	Numero De Fax

El Niño a recibido una evaluación de parte Del Centro Regional Del Sur De Los Angeles o de otro Centro Regional anteriormente? Si___ No___

Si respondió si, por favor de proveer el nombre del Centro Regional: _____ UCI#: _____

En la caja abajo, por favor describa sus preocupaciones sobre su niño y condiciones médicas:

Formas de referencia o archivos médicos pueden ser enviado al numero de fax (213) 947-4115 o por el correo electrónico earlystartintake@sclarc.org. Para hablar con un Representante de admisión de Intervención temprana, por favor comuníquese con Veronica Becerra (213) 744-7068, Marizela De La Rosa (213)744-8807 o Sofia Wilson al (213) 744-8809.