



DOERNBECHER  
CHILDREN'S  
Hospital

# Chào mừng quý vị đến với Child Development and Rehabilitation Center và OHSU Doernbecher Children's Hospital

Chúng tôi rất vinh hạnh khi được quý vị chọn là nơi chăm sóc cho con em quý vị. Mục tiêu của chúng tôi là cung cấp dịch vụ chăm sóc có chất lượng cao nhất một cách kịp thời và tôn trọng.

Ở trang kế tiếp, chúng tôi có cung cấp cho quý vị danh sách các loại tài liệu quý vị cần thu thập để hỗ trợ chúng tôi trong việc đánh giá con em quý vị.

Chúng tôi cần quý vị gửi lại tất cả các tài liệu được yêu cầu trước khi chúng tôi có thể đưa con em quý vị vào danh sách chờ sắp lịch hẹn. Vui lòng gửi tài liệu qua đường bưu điện, fax hoặc email đến văn phòng chúng tôi sớm nhất có thể:

Oregon Health & Science University  
Attention: CDRC  
PO Box 574  
Portland, OR 97207-0574  
Fax: 503 494-4447  
Email: [cdrcnorthunit@ohsu.edu](mailto:cdrcnorthunit@ohsu.edu)

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc hoặc vấn đề gì khi hoàn thành các biểu mẫu này, hoặc cần thông tin này bằng một ngôn ngữ khác, vui lòng gọi theo số 877-346-0640.

**Vui lòng dùng bút mực đen trên tất cả các biểu mẫu, tạo một bản sao của mọi tài liệu quý vị gửi trong thư, và luôn giữ lại các bản gốc của quý vị.**

Cảm ơn quý vị đã dành thời gian và nỗ lực để hoàn thành và gửi lại gói tài liệu này. Chúng tôi mong muốn được làm việc cùng quý vị và gia đình quý vị.

*Nếu quý vị cần thông tin này bằng một ngôn ngữ khác, vui lòng gọi số 877-346-0640.*



## Những Câu Hỏi Thường Gặp về Đánh Giá của CDRC

### **Khi nào thì tôi nên gọi đến để kiểm tra tình trạng giới thiệu của con em mình?**

Hàng tuần CDRC nhận được rất nhiều giới thiệu và chúng tôi cố gắng kết nối quý vị với bộ phận đăng ký của OHSU trong vòng 48 giờ. Nếu quý vị không được chúng tôi liên hệ trong vòng 5 ngày làm việc, vui lòng gọi đến số 503-346-0640.

### **Khi nào thì tôi nhận được gói tiếp nhận thông tin?**

Vui lòng gọi theo số 503-494-5252 để cập nhật thông tin đăng ký của con em quý vị, vì bước này là bắt buộc (ngay cả khi trước đây quý vị đã từng làm việc với CDRC). Vui lòng chuẩn bị sẵn sàng thẻ bảo hiểm của quý vị khi gọi đến. Sau khi liên hệ để đăng ký, gói tiếp nhận thông tin của quý vị sẽ được gửi đến trong vòng 10 ngày làm việc.

### **Danh sách chờ của chương trình lâm sàng kéo dài bao lâu?**

Tại CDRC chúng tôi có nhiều phòng khám đánh giá khác nhau. Các bệnh nhân được chỉ định cho một phòng khám cụ thể phụ thuộc vào tuổi tác, triệu chứng, chẩn đoán (nếu đã biết) của họ, và thông tin từ gói tiếp nhận thông tin quý vị gửi trả. Thời gian chờ của từng phòng khám sẽ khác nhau, và quý vị có thể phải chờ nhiều tháng sau khi gửi trả gói tài liệu để được sắp lịch hẹn.

### **Khi nào thì tôi nên gọi đến để kiểm tra con em mình đang ở đâu trong danh sách chờ của chương trình lâm sàng?**

Quý vị có thể gọi để kiểm tra liệu phòng khám của chúng tôi đã nhận được tài liệu tiếp nhận thông tin quý vị đã gửi trả hay chưa (vui lòng tạo bản sao của mọi tài liệu quý vị gửi qua đường bưu điện), và cũng nên gọi để thông báo cho chúng tôi nếu có bất kỳ thông tin nào đã thay đổi, chẳng hạn như địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị. Tuy nhiên, vui lòng chờ 90 ngày trước khi gọi để kiểm tra vị trí của con em quý vị trong danh sách chờ, vì thường sẽ mất khoảng thời gian này để xử lý thông tin.

### **Bảo hiểm của tôi có đài thọ cho chi phí này không?**

Chúng tôi làm việc với hầu hết các chương trình bảo hiểm, nhưng sẽ khác nhau tùy theo từng hợp đồng. Chúng tôi khuyến nghị quý vị liên hệ sớm với công ty bảo hiểm của mình để đảm bảo các dịch vụ của chúng tôi được đài thọ, rằng chúng tôi nằm trong mạng lưới của quý vị, và rằng mọi sự cho phép cần có đều đã được xử lý trước. Bài kiểm tra về tình trạng khuyết tật trong học tập, nếu cần, thường không được bảo hiểm y tế đài thọ, và có thể được học khu của quý vị thực hiện.

### **Tôi có thể đưa trẻ khác đến buổi hẹn hay không?**

Sự có mặt của quý vị tại phòng khám trong suốt toàn buổi hẹn là bắt buộc (buổi hẹn có thể kéo dài từ 1 giờ rưỡi cho đến 6 giờ). Vui lòng để anh chị em của trẻ và các thành viên trong gia đình ở nhà, không đưa đến buổi hẹn này.



## CHILD DEVELOPMENT AND REHABILITATION CENTER

# Gói Thông Tin Tiếp Nhận

Chúng tôi cần quý vị gửi các loại tài liệu sau đây trước khi chúng tôi có thể đưa quý vị vào danh sách chờ sắp lịch hẹn. **Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc hoặc vấn đề gì khi hoàn thành các biểu mẫu này hoặc cần thông tin này bằng một ngôn ngữ khác, vui lòng gọi theo số 503-346-0640.**

*Vui lòng tạo một bản sao của mọi tài liệu quý vị gửi qua bưu điện, và luôn giữ lại các bản gốc. Vui lòng hoàn thành tất cả các biểu mẫu bằng bút mực ĐEN.*

### Các loại tài liệu quý vị cần hoàn thành:

- OHSU Child Development and Rehabilitation Center, Bệnh Sử của Bệnh Nhân
- Hãy gọi đến bộ phận đăng ký bệnh nhân theo số 503-494-8505 để thiết lập hoặc cập nhật tài khoản với OHSU cho con em quý vị. Vui lòng chuẩn bị sẵn sàng thông tin bảo hiểm khi quý vị gọi điện.

### Các loại tài liệu thu thập từ trường học:

*Biểu mẫu Tiết Lộ Thông Tin được đính kèm nếu quý vị muốn nhà trường gửi trực tiếp thông tin này cho chúng tôi.*

- Bảng Câu Hỏi Dành Cho Giáo Viên  
*Người hoàn thành bảng câu hỏi này có thể là giáo viên, nhà trị liệu, nhà cung cấp dịch vụ giữ trẻ trong ngày, hoặc người đến thăm khám tại nhà khác.*

### Nếu con em quý vị có Kế Hoạch Dịch Vụ Gia Đình Cá Nhân Hóa (IFSP), hãy gửi kèm:

- Bản sao Kế Hoạch Dịch Vụ Gia Đình Cá Nhân Hóa (IFSP) (nếu có)
- Bản sao bài kiểm tra gần nhất hoặc bài kiểm tra tính hội đủ điều kiện nhận giáo dục đặc biệt (nếu có)

### Thông Tin Khác (tùy chọn):

Hãy cân nhắc việc gửi kèm các bản sao của bất kỳ bài kiểm tra trước đây nào có liên quan đến học tập, ngôn ngữ, giác quan/kỹ năng vận động, hay hành vi VÀ/HOẶC ghi chú tiến độ gần nhất từ các nhà cung cấp dịch vụ can thiệp/trị liệu hiện tại.

### Quý vị có thể gửi gói tài liệu qua đường bưu điện đến:

Intake Coordinator  
Child Development and Rehabilitation Center (CDRC)  
901 E 18th Avenue  
Eugene, OR 97403

### Quý vị cũng có thể gửi tài liệu qua fax hoặc email đến:

Fax: 503-346-6918  
Email: eugenereferrals@ohsu.edu



Oregon Health & Science University  
Hospitals and Clinics  
Doernbecher Pediatric

OC4501



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
TIỀN SỬ BỆNH CỦA BỆNH NHÂN**

Trang 1 / 9

SỐ TÀI KHOẢN

SỐ BỆNH ÁN

TÊN

NGÀY SINH

*Danh Tinh Bệnh Nhân*

**Vui lòng điền vào biểu mẫu này đầy đủ nhất có thể. Sử dụng thêm giấy nếu cần.**

Tên quý vị: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Quan hệ với trẻ: \_\_\_\_\_ Ai là người giám hộ hợp pháp của trẻ? \_\_\_\_\_

Con quý vị thích được gọi bằng tên gì? \_\_\_\_\_

Nếu ở nhà có nói các ngôn ngữ khác, trẻ hiểu ngôn ngữ nào nhất? \_\_\_\_\_

Nói ngôn ngữ nào nhiều nhất? \_\_\_\_\_

Đánh dấu nếu trẻ được nhận làm con nuôi và liệt kê quốc gia nơi sinh: \_\_\_\_\_ tuổi được nhận nuôi: \_\_\_\_\_

1. Quý vị lo ngại về điều gì nhất?
2. Những mối lo ngại này bắt đầu từ khi nào?
3. Trước những lo ngại này, con quý vị đã thực hiện những xét nghiệm hoặc phương pháp điều trị nào?
4. Những phương pháp nào đã được thử (bao gồm thuốc) để điều trị?
5. Con quý vị thích làm gì?
6. Quý vị muốn thấy điều gì xảy ra sau chuyến thăm khám này?
7. Quý vị cảm thấy mình có thể sử dụng sự trợ giúp nhiều nhất ở đâu?



### Các loại thuốc, chế độ ăn uống, các nhu cầu chăm sóc sức khỏe khác hiện tại

Liệt kê tất cả các loại thuốc (từ bác sĩ, thuốc mua không theo kê toa, vitamin và thuốc bổ) mà con quý vị hiện đang dùng. (Sử dụng thêm giấy nếu cần)

Trẻ có được kiểm tra thị lực trong năm qua không?

Có     Không    Kết quả kiểm tra:     Đạt     Không đạt

Trẻ có được kiểm tra thính lực trong năm qua không?

Có     Không    Kết quả kiểm tra:     Đạt     Không đạt

Có chủng ngừa đầy đủ không?

Có     Không     Không biết

Dị ứng (Vui lòng liệt kê):

Thuốc     Thực phẩm     Khác     Không biết



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
TIỀN SỬ BỆNH CỦA BỆNH NHÂN**

SỐ TÀI KHOẢN  
SỐ BỆNH ÁN  
TÊN  
NGÀY SINH

Trang 3 / 9

Danh Tính Bệnh Nhân

**Tiền sử mang thai và sinh nở**

Tuổi của cha mẹ đẻ khi sinh con: \_\_\_\_\_

Mẹ đẻ đã mang thai bao nhiêu lần? \_\_\_\_\_

Trẻ này được sinh ra vào lần mang thai thứ mấy?  
\_\_\_\_\_

Quý vị có sẩy thai hoặc phá thai lần nào không?

- Có       Mấy lần? \_\_\_\_\_  
 Không     Không biết

- Trẻ đang được nhận nuôi tạm thời hoặc nhận làm con nuôi và tiền sử chu sinh bị hạn chế

Cha mẹ đẻ uống rượu (giải thích)	Có	Không
Cha mẹ đẻ đã sử dụng ma túy/chất kích thích: (giải thích)		
Cha mẹ đẻ đã bị căng thẳng nghiêm trọng, chấn thương tinh thần, chấn thương thể chất		
Các bệnh/biến chứng nghiêm trọng khác trong thai kỳ (giải thích):		

Trong thời kỳ mang thai, cha mẹ đẻ đã mắc:	Có	Không
Bệnh tiểu đường		
Cao huyết áp		
Vỡ ối hơn 24 giờ trước khi sinh nở		
Cha mẹ đẻ đã sử dụng thuốc kê theo toa: (giải thích)		
Cha mẹ đẻ đã hút thuốc lá (giải thích)		

Sinh nở:	Có	Không
Khởi phát chuyển dạ		
<input type="checkbox"/> Sử dụng kẹp hoặc/ Hút chân không		
Sinh mổ		
Sinh đôi hoặc sinh nhiều bé cùng lúc		
<input type="checkbox"/> Trẻ sinh non; sớm vài tuần: _____		
<input type="checkbox"/> Trẻ sinh muộn; chậm vài tuần _____		
Cân nặng khi sinh: _____ Chiều dài: _____		
Các biến chứng khác: (giải thích)		



### Tiền sử mang thai và sinh nở (tiếp)

Sau khi sinh, trẻ bị:	Có	Không
Khó thở nghiêm trọng		
Nhiễm trùng		
Vàng da		
Truyền dịch qua tĩnh mạch hoặc cho ăn qua ống		
Động kinh hoặc co giật		
Buộc phải nằm lại Phòng chăm sóc tích cực (NICU)		
Trẻ xuất viện về nhà lúc _____ ngày tuổi		
Các mối lo ngại khác: (giải thích)		

Da	Có	Không
Chàm hoặc nổi mề đay		
Các tình trạng da khác (giải thích):		
Vết bớt (giải thích):		

Tim mạch-hô hấp (tim/phổi)	Có	Không
Bệnh suyễn		
Ho mạn tính		
Viêm phổi		
Tiếng thổi của tim hoặc khuyết tật tim bẩm sinh		
Các mối lo ngại khác (giải thích):		

### Đánh giá các cơ quan (mọi lứa tuổi)

Mắt, tai, mũi, miệng, họng	Có	Không
Các vấn đề về thị lực hoặc mắt		
Các lo ngại về thính giác		
Nhiễm trùng tai thường xuyên		
Các lo ngại về nha khoa		
Nghẹn hoặc nôn ọe khi cho ăn		
Các mối lo ngại khác: (giải thích)		



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
TIỀN SỬ BỆNH CỦA BỆNH NHÂN**

SỐ TÀI KHOẢN

SỐ BỆNH ÁN

TÊN

NGÀY SINH

Trang 5 / 9

Danh Tính Bệnh Nhân

Vùng bụng (dạ dày/ruột)	Có	Không
Đau bụng		
Kém ăn		
Kén ăn		
Nôn từng cơn		
Táo bón thường xuyên		
Tiêu chảy thường xuyên		
Các mối lo ngại khác (giải thích):		

Bộ phận sinh dục/đường tiết niệu	Có	Không
Đái dầm		
Nhiễm trùng đường tiết niệu hoặc thận		
Són tiểu ban ngày:		
Đối với bé gái, đã bắt đầu có kinh nguyệt		
Các mối lo ngại khác: (giải thích):		

Cơ bắp và cấu trúc xương	Có	Không
Loạn sản hoặc trật khớp hông		
Dị tật bàn chân hoặc chân		
Vẹo cột sống hoặc dị tật lưng khác		
Các mối lo ngại khác (giải thích):		

Hệ thần kinh	Có	Không
Đau đầu thường xuyên		
Co giật hoặc động kinh		
Động kinh vắng ý thức		
Giật cơ, co rút không kiểm soát được		
Chấn thương đầu nghiêm trọng hoặc bất tỉnh (giải thích):		
Các mối lo ngại khác (giải thích):		





**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
TIỀN SỬ BỆNH CỦA BỆNH NHÂN**

SỐ TÀI KHOẢN  
SỐ BỆNH ÁN  
TÊN  
NGÀY SINH

Trang 6 / 9

Danh Tính Bệnh Nhân

Lời nói và ngôn ngữ:	Có	Không	Không biết
Chậm nói (phát âm)			
Quý vị hoặc những người khác có gặp vấn đề trong việc hiểu con mình không?			
Gia đình quý vị có nói ngôn ngữ khác ở nhà không?			

Giấc ngủ	Có	Không	Không biết
Ngáy to			
Khó đi vào/duy trì giấc ngủ			
Các mối lo ngại khác (giải thích):			

Phát triển	Độ tuổi	Không biết
Đã lật đợc		
Đã có thể ngồi mà không cần hỗ trợ		
Đã biết bò		
Đã biết đi một cách đợc lập		
Đã biết đi xe ba bánh		
Đã biết đi xe đạp		
Đã bắt đầu nói bập bẹ (nghe như "baba" hoặc "dada")		
Đã biết chơi các trò như "ú òa", "trò chơi vỗ tay"		
Đã biết chỉ để biểu thị mong muốn		
Đã sử dụng các từ đầu tiên ngoài "mama" và "dada"		
Đã sử dụng cụm từ gồm 2-3 từ		
Đã sử dụng câu		
Đã học cách đi vệ sinh vào ban ngày		



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
TIỀN SỬ BỆNH CỦA BỆNH NHÂN**

SỐ TÀI KHOẢN  
SỐ BỆNH ÁN  
TÊN  
NGÀY SINH

Trang 7 / 9

Danh Tính Bệnh Nhân

**Tiền sử gia đình** (vui lòng điền vào từng trường và liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình của quý vị là con nhận nuôi tạm thời hoặc con nuôi, nếu biết)

Tên mẹ đẻ: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Lo ngại về y khoa, sức khỏe tâm thần hoặc tiếp thu/học tập?  Có  Không

Sống tại nhà của trẻ?  Có  Không

Tên cha đẻ: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Lo ngại về y khoa, sức khỏe tâm thần hoặc tiếp thu/học tập?  Có  Không

Sống tại nhà của trẻ?  Có  Không

Thành viên quan trọng trong gia đình:

Tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Sống tại nhà của trẻ?  Có  Không

Tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Sống tại nhà của trẻ?  Có  Không

Tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Sống tại nhà của trẻ?  Có  Không

Tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Sống tại nhà của trẻ?  Có  Không

Tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Sống tại nhà của trẻ?  Có  Không

Tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Sống tại nhà của trẻ?  Có  Không



Bệnh sử của gia đình ruột thịt: \_\_\_\_\_

---

---

---

### Tiền sử xã hội

Bệnh tật hoặc thương tích nghiêm trọng đối với trẻ, người chăm sóc hoặc anh chị em  Có  Không

Vô gia cư  Có  Không

Thiếu thốn đồ ăn  Có  Không

Căng thẳng gia đình do mất việc làm hoặc mất thu nhập  Có  Không

Tài chính không ổn định  Có  Không

Đi lại không ổn định  Có  Không

Quý vị có muốn kết nối với các nguồn lực có thể giúp quý vị về bất kỳ mục nào quý vị đã đánh dấu ở trên không?

**Các sự kiện xảy ra trong gia đình hoặc nhà đôi khi có thể ảnh hưởng đến hành vi và việc học tập của một người.**

**Đánh dấu vào đây nếu quý vị muốn gặp trực tiếp để trả lời phần này của biểu mẫu**

Vui lòng đánh dấu nếu bệnh nhân đã trải qua bất kỳ điều nào sau đây:

- Cha mẹ mắc bệnh về cảm xúc hoặc sức khỏe tâm thần
- Xung đột giữa cha mẹ về việc nuôi dạy con cái
- Có liên quan với tòa án vị thành niên hoặc hệ thống tư pháp
- Có liên quan với các dịch vụ xã hội/dịch vụ bảo vệ trẻ em
- Bất đồng về việc quyền được nuôi con
- Bố trí về việc được nuôi dưỡng tạm thời
- Cha mẹ lạm dụng chất kích thích/rượu
- Tiếp xúc với bạo lực gia đình/thể xác tại nhà



- Cha mẹ hoặc anh chị em qua đời
- Điều trị bởi nhà tư vấn tâm lý, chuyên gia tâm lý hoặc bác sĩ tâm thần
- Bỏ rơi
- Lạm dụng thể chất
- Lạm dụng tình dục
- Cha mẹ ly thân hoặc ly hôn

### Chăm sóc và giáo dục trẻ em

Con quý vị có đi nhà trẻ, trường học hay trường mầm non không?  Có  Không

Tên trường/chương trình: \_\_\_\_\_ Khối lớp hiện tại: \_\_\_\_\_

Có phải trẻ đã hoặc đang tham gia các chương trình can thiệp sớm hoặc giáo dục đặc biệt không?

Có  Không

Trẻ có nhận được bất kỳ sự hỗ trợ nào khác không?

- Cá nhân hóa Kế hoạch giáo dục (IEP)
- Gia đình cá nhân Kế hoạch dịch vụ (IFSP)
- Hỗ trợ Tiêu đề I
- Kế hoạch 504

Vui lòng chọn bất kỳ hỗ trợ nào mà con quý vị nhận được (nếu biết). Vui lòng chọn tất cả các mục phù hợp:

- Trung tâm học tập / phòng nguồn lực
- Kế hoạch hành vi
- Liệu pháp ngôn ngữ
- Kế hoạch hoặc phác đồ cho ăn
- Trị liệu công năng
- Tiêu đề I, kế hoạch 504
- Vật lý trị liệu
- Tôi không biết

Tư vấn/sức khỏe tâm thần (tại sao và trong bao lâu?): \_\_\_\_\_

Quý vị có cảm thấy như con quý vị cần thêm sự trợ giúp mà chúng không nhận được ở nhà hoặc ở trường không? \_\_\_\_\_

Khác (xin nêu rõ): \_\_\_\_\_

### Thông tin bổ sung

Có điều gì khác quan trọng mà chúng tôi cần biết về con quý vị không? Vui lòng thêm các trang bổ sung nếu cần.

---



---



---



DOERNBECHER  
CHILDREN'S  
*Hospital*

CHILD DEVELOPMENT AND REHABILITATION CENTER

## Dear Teacher:

The parent(s)/guardian(s) of one of your students is seeking to have their child evaluated at the Child Development and Rehabilitation Center at Oregon Health & Science University. As part of the evaluation process, we are requesting the following information to assist us with the diagnosis and treatment of your student.

Please use black ink on all forms; make a copy of anything you send, and always keep your originals.

**Items to complete:**

- Teacher Information Form (enclosed)

**Items to provide to parent:**

- Copy of Individualized Family Service Plan (IFSP) (if applicable)
- Copy of most recent special education eligibility testing (if applicable)

*We ask that you complete the questionnaires and provide us with any other information as soon as possible as we are unable to begin the student's evaluation without it. Your time and cooperation in this matter are greatly appreciated.*

You may give the completed questionnaires and other information directly to your student's parent or guardian for them to return to us. If the parent/guardian has signed a release of information, you may return the questionnaire directly to us at:

Oregon Health & Science University  
Attention: CDRC  
PO Box 574  
Portland OR 97207-0574  
Fax: 503-494-4447  
email: [cdrcnorthunit@ohsu.edu](mailto:cdrcnorthunit@ohsu.edu)

Thank you for your assistance with the evaluation process.



## BRIEF TEACHER BEHAVIORAL QUESTIONNAIRE

**Institute on Development  
and Disability (IDD)**

Child Development and  
Rehabilitation Center

Teacher's name: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_

School Phone Number: \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_\_

tel 503-346-0640

877-346-0640

fax 503-494-4447

cdrcnorthunit@ohsu.edu

Mail code: CDRC

PO Box 574

Portland, OR 97207-0574

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

What are this student's biggest strengths as a student and classmate?

---

---

---

Do you have any concerns about the student's behavior? If yes, please briefly describe.

---

---

---

Does the student's behavior interfere with their academics? If yes, please briefly describe.

---

---

---

How does the student interact with his/her peers? (Does his/her behavior get in the way?)

---

---

---

---

Do you have any other concerns about the student?

---

---

---

What do you think this student needs to be successful in an educational environment?

---

---

---

Does the student receive any extra services at school? (i.e., IEP, 504 plan or other) If yes, please briefly describe.

---

---

---

---

Has the student had any previous testing done at school? If yes, please briefly summarize or provide copies of the results.

---

---

---

Please feel free to use additional sheets, if necessary.

---

---

---

---

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_