

Formulario Universal del Referido
Formulario del referido de Intervención Temprana/Educación Especial (EI/ECSE)

INFORMACIÓN DEL PADRE Y NIÑO/A

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Padre/Guardián Legal: _____ Relación al niño/a: _____
Dirección de casa: _____ Condado: _____
Teléfono primario: _____ Teléfono secundario: _____ Correo electrónico: _____
¿Se necesita intérprete?: Sí No Idioma: _____
Tipo de seguro:
 Privado Plan de Salud de Oregon TRICARE/Aseguración militar Ningun aseguración Otro: _____
Médico de su niño/a: Nombre, dirección y teléfono (si lo tiene): _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE PARA CEDER INFORMACIÓN (Vea la explicación en la página 4)

Autorización para ceder información médica y educativa

Yo, _____ (escriba el nombre del padre o guardián legal), doy mi permiso para que el médico de mi niño/a _____ (escriba el nombre del médico), comparta la información pertinente de mi niño/a, _____ (escriba el nombre del niño/a), con el Programa de Intervención Temprana/Educación Especial en la Primera Infancia (EI/ECSE). También doy permiso para que EI/ECSE comparta información sobre el desarrollo y la educación pertinente de mi niño/a con el médico quien refirió a mi niño/a, para que dicho médico sea informado de los resultados de la evaluación.

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: ____/____/____

Autorización e s valida por el periodo de un año a partir de la fecha de su firma

OFFICE USE ONLY BELOW:

Please fax or scan and send this Referral Form (front and back, if needed) to the EI/ECSE Services in the child's county of residence

REASON FOR REFERRAL TO EI/ECSE SERVICES

Provider: Complete all that applies. Please attach completed screening tool.

Concerning screen: ASQ ASQ:SE PEDS PEDS:DM M-CHAT Other: _____

Concerns for possible delays in the following areas (please check all areas of concern and provide scores, where applicable):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Speech/Language _____ | <input type="checkbox"/> Gross Motor _____ | <input type="checkbox"/> Fine Motor _____ |
| <input type="checkbox"/> Adaptive/Self-Help _____ | <input type="checkbox"/> Hearing _____ | <input type="checkbox"/> Vision _____ |
| <input type="checkbox"/> Cognitive/Problem-Solving _____ | <input type="checkbox"/> Social-Emotional or Behavior _____ | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Clinician concerns but not screened: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Family is aware of reason for referral. | | |

Provider Signature: _____ Date: ____/____/____

If a child under 3 has a physical or mental condition that is likely to result in a developmental delay, a qualified Physician, Physician Assistant, or Nurse Practitioner may refer the child by completing and signing the Medical Statement for Early Intervention Eligibility (reverse) in addition to this form.

PROVIDER INFORMATION AND REQUEST FOR REFERRAL RESULTS

Name and title of provider making referral: _____ Office Phone: _____ Office Fax: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Are you the child's Primary Care Physician (PCP)? Y ___ N ___ If not, please enter name of PCP if known: _____

I request the following information to include in the child's health records:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluation Report | <input type="checkbox"/> Eligibility Statement | <input type="checkbox"/> Individual Family Service Plan (IFSP) |
| <input type="checkbox"/> Early Intervention/Early Childhood Special Education Brochure | <input type="checkbox"/> Evaluation Results | |

EI/ECSE EVALUATION RESULTS TO REFERRING PROVIDER

EI/ECSE Services: please complete this portion, attach requested information, and return to the referral source above.

- Family contacted on ____/____/____ The child was evaluated on ____/____/____ and was found to be:
- Eligible for services Not eligible for services at this time, referred to: _____
- EI/ECSE County Contact/Phone: _____ Notes: _____
- Attachments as requested above: _____
- Unable to contact parent Unable to complete evaluation EI/ECSE will close referral on ____/____/____

* The EI/ECSE Referral Form may be duplicated and downloaded at: <http://www.ohsu.edu/xd/outreach/occyshn/programs-projects/dev-screening-and-referrals.cfm>

Formulario Universal del Referido
Formulario del referido de Intervención Temprana/Educación Especial (EI/ECSE)

MEDICAL CONDITION STATEMENT FOR EARLY INTERVENTION ELIGIBILITY
(BIRTH TO AGE 3)

Date: _____ Child's Name: _____ Birthdate: _____

The State of Oregon, through the Oregon Department of Education, provides services to young children with significant developmental problems. The Department recognizes that disabilities may not be evident as delays in infants and very young children, but, without intervention, the child will become developmentally delayed.

The above named child may have such a condition. Oregon law requires that a physician, physician assistant, or nurse practitioner with the appropriate State Board licensure, examine the child and determine whether the child has a physical or mental condition that is likely to result in a developmental delay.

The Oregon Department of Education requests your assistance in determining this child's eligibility for Early Intervention (EI) services. While many children may benefit from EI services, please understand that this program has been established to serve only those infants and young children in whom developmental delays are evident or likely to develop.

Medical Condition:

Please indicate if this child has a:

- Vision Impairment
- Hearing Impairment
- Orthopedic Impairment

Comments:

Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	This child has a physical or mental condition that is likely to result in a developmental delay.
--	---------------------------------------	---

Physician/Physician Assistant/Nurse Practitioner

Date

Oregon law requires that a physician, physician assistant, or nurse practitioner, with the appropriate State Board licensure determine whether the child has a physical or mental condition that is likely to result in a developmental delay. For a physician and physician assistant this licensure in Oregon is from the State Board of Medical Examiners. For a nurse practitioner in Oregon this licensure is from the State Board of Nursing. Physicians, physician assistants, and nurse practitioners from other states must have the appropriate requisite licensure for their State. This form is used by the physician, physician assistant, or nurse practitioner to indicate the child's diagnosis for special education purposes.

Print Name: _____ Phone: _____

Please return to: _____

Submit this with EI/ECSE Referral Form to the EI/ECSE program in the child's county of residence.

Copies of this form (Form 581-5150D-X (4/12)) may be obtained from the Oregon Department of Education, Early Intervention/Early Childhood Special Education or on-line at <http://www.ode.state.or.us/search/page/?=3166>

Formulario Universal del Referido
Formulario del referido de Intervención Temprana/Educación Especial (EI/ECSE)

OREGON EI/ECSE CONTACTS

Baker County Phone: 800.927.5847 Fax: 541.276.4252	Douglas County Phone: 541.440.4794 Fax: 541.440.4771	Lake County Phone: 541.947.3371 Fax: 541.947.3373	Sherman County Phone: 541.565.3600 Fax: 541.565.3640
Benton County 877.589.9751 Phone: 541.753.1202 x106 Fax: 541.926.6047	Gilliam County Phone: 541.565.3600 Fax: 541.565.3640	Lane County 800.925.8694 Phone: 541.346.2578 Fax: 541.346.6189	Tillamook County Phone: 503.842.8423 Fax: 503.842.6272
Clackamas County Phone: 503.675.4097 Fax: 503.675.4229	Grant County Phone: 800.927.5847 Fax: 541.276.4252	Lincoln County Phone: 541.574.2240 x100 Fax: 541.265.6490	Umatilla County Phone: 800.927.5847 Fax: 541.276.4252
Clatsop County Phone: 503.338.3368 Fax: 503.325.1297	Harney County Phone: 541.573.6461 Fax: 541.573.1914	Linn County Phone: 541.753.1202 x106 877.589.9751 Fax: 541.926.6047	Union County Phone: 800.927.5847 Fax: 541.276.4252
Columbia County Phone: 503.366.4141 Fax: 503.397.0796	Hood River County Phone: 541.386.4919 Fax: 541.387.5041	Malheur County Phone: 541.372.2214 Fax: 541.372.2214	Wallowa County Phone: 541.426.7641 Fax: 541.276.4252
Coos County Phone: 541.269.4524 Fax: 541.269.4548	Jackson County Phone: 541.494.7800 Fax: 541.494.7829	Marion County 888.560.4666 Phone: 503.385.4714 Fax: 503.435.5922	Warm Springs Phone: 541.553.3241 Fax: 541.553.3379
Crook County Phone: 541.312.1195 Fax: 541.382.3901	Jefferson County Phone: 541.693.5740 Fax: 541.475.5337	Morrow County Phone: 800.927.5847	Wasco County Phone: 541.296.1478 Fax: 541.296.3451
Curry County Phone: 541.269.4524 Fax: 541.269.4548	Josephine County Phone: 541.956.2059 Fax: 541.956.1704	Multnomah County Phone: 503.261.5535 Fax: 503.894.8229	Washington County English: 503.614.1446 Spanish: 503.614.1263 Fax: 503.614.1290
Deschutes County Phone: 541.312.1195 Fax: 541.382.3901	Klamath County Phone: 541.883.4748 Fax: 541.850.2770	Polk County Phone: 503.435.5918 Fax: 503.435.5922	Wheeler County Phone: 541.565.3600 Fax: 541.565.3640
Oregon EI/ECSE contact information also available at www.ode.state.or.us/search/page/?id=1690 or contact 1-800-SafeNet			Yamhill County Phone: 503.435.5918 Fax: 503.435.5922

For questions or corrections about this form, contact the
Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs:

Rosalia Messina
messinar@ohsu.edu
503.418.1475

This EI/ECSE Universal Referral Form may be duplicated and downloaded at:
<http://www.ohsu.edu/xd/outreach/occyshn/programs-projects/dev-screening-and-referrals.cfm>

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD ENTRE LOS MÉDICOS Y EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Información para los padres

Esta autorización es para ceder información y autorizar la revelación y/o uso de la información de salud de su niño/a. Su médico podrá ceder dicha información al Programa de Intervención Temprana/Educación Especial en la Primera Infancia (EI/ECSE). Esta autorización también autoriza al Programa de Intervención Temprana/Educación Especial en la Primera Infancia para que comparta la información del desarrollo y la educación con el médico de su niño/a.

¿Por qué es importante este formulario de autorización?

El médico de su niño/a atiende sus visitas médicas rutinarias y su tratamiento médico. A veces el médico de su niño/a podría ver la necesidad de adquirir más información por medio de una evaluación o seguimiento de otros especialistas para identificar las necesidades especiales de salud de su niño/a. El Programa de Intervención Temprana/Educación Especial en la Primera Infancia (EI/ECSE) puede ser un recurso para ayudar a identificar las necesidades de su niño/a. El objetivo principal de este formulario de autorización es permitir la comunicación entre el médico de su niño/a y los programas del EI/ECSE para que dichos proveedores puedan trabajar juntos para ayudar a su niño/a.

¿Por qué me piden firmar este formulario de autorización?

La autorización permite que el médico comparta la información de su niño/a con el EI/ECSE, y permite que el EI/ECSE comparta la información de su niño/a con su médico. Su autorización para ceder la información permite que el médico de su niño y el EI/ECSE se comuniquen el uno con el otro para asegurar que su niño/a reciba el cuidado que necesita. Sin embargo, usted como padre o guardián legal de su niño/a puede negarse a dar su autorización para ceder la información.

¿Cómo será utilizada esta autorización?

Este formulario de autorización le acompañará a su niño/a cuando a el/ella se le haga una prueba o sea evaluado por el EI/ECSE. La información generada por esta autorización será parte del archivo educativo de su niño/a. El EI/ECSE protegerá esta información según lo prescrito en la Ley FERPA. La información será compartida únicamente con aquellos individuos que trabajan en o con el EI/ECSE, con el propósito de proporcionar servicios seguros, apropiados y en un ambiente lo menos restringido posible.

¿Por cuánto tiempo sirve la autorización?

Esta autorización es válida por el período de un año a partir de la fecha de su firma en la autorización.

¿Cuáles son mis derechos?

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a esta autorización:

- Usted puede invalidar esta autorización en cualquier momento.
- Usted tiene el derecho de recibir una copia de la autorización.