

**Intervención temprana/Educación especial para primeras infancias (EI/ECSE) Formulario de referencia para proveedores\* Del nacimiento hasta los 5 años**

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL HIJO/PADRE**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Género:  M  F  X

Tipo de seguro:  Privado  OHP/Medicaid  TRICARE/Seguro militar.  Otro (Especifique) \_\_\_\_\_  No tiene seguro

**Padre/Tutor 1:** Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Texto aceptable:  Sí ( Teléfono principal  Teléfono secundario)  No Correo aceptable:  Sí  No

**Madre/Tutora 2:** Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_ Necesita intérprete:  Sí  No

Nombre, ubicación y teléfono del doctor del niño/a (si se conoce): \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE PADRE/MADRE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (más información de este consentimiento en la página 4)**

**Consentimiento para la divulgación de información médica y académica**

Yo, \_\_\_\_\_ (escribir nombre del padre/tutor), autorizo al proveedor médico de mi hijo/a \_\_\_\_\_ (escribir nombre del proveedor), de compartir cualquier información pertinente sobre mi hijo/a, \_\_\_\_\_ (escribir nombre del hijo/a), con los servicios de Intervención temprana/Educación especial para primeras infancias (EI/ECSE). También autorizo que EI/ECSE comparta información sobre el desarrollo y educación de mi hijo/a con el proveedor médico que refirió a mi hijo/a para asegurar que esté informado de los resultados de la evaluación.

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Su consentimiento es efectivo por un periodo de un año a partir de la fecha de la firma en esta autorización.**

**SOLO PARA USO DE OFICINA:**

Escanee o envíe por fax este formulario de referencia (ambas caras, de ser necesario) a los servicios EI/ECSE en el condado de residencia del niño/a

**RAZÓN DE REFERENCIA A LOS SERVICIOS DE EI/ESCE**

**Proveedor: Complete todo lo que aplique. Adjunte la herramienta de evaluación completada.**

Exámenes relacionados:  ASQ  ASQ:SE  PEDS  PEDS:DM  M-CHAT  SWYC  Otro: \_\_\_\_\_

Inquietudes sobre posibles rezagos en las siguientes áreas (marque todos los ámbitos de inquietud y proporcione un puntaje, donde aplique):

Habla/Lenguaje \_\_\_\_\_  Habilidades motoras gruesas \_\_\_\_\_  Habilidades motoras finas \_\_\_\_\_

Adaptación/Auto ayuda \_\_\_\_\_  Escucha \_\_\_\_\_  Visión \_\_\_\_\_

Cognitivo/Resolución de problemas \_\_\_\_\_  Socioemocional o conductual \_\_\_\_\_  Otra: \_\_\_\_\_

Inquietudes clínicas no evaluadas: \_\_\_\_\_

La familia está consciente del motivo de referencia.

**Firma del proveedor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si el niño/a tiene una condición identificada o un diagnóstico que tiene una alta probabilidad de resultar en retrasos significativos en su desarrollo, llene la Declaración médica para elegibilidad de intervención temprana (en el reverso) junto con este formulario de referencia. Solo un médico autorizado por un Consejo estatal de examinadores médicos puede firmar esta Declaración médica.

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR**

Nombre y título del proveedor que hace la derivación: \_\_\_\_\_ Tel. de oficina: \_\_\_\_\_ Fax de oficina: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

¿Es usted el médico de cabecera (PCP) del niño/a? S \_\_\_ N \_\_\_ En caso negativo, anotar nombre del PCP, si se conoce: \_\_\_\_\_

**RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE EI/ECSE PARA EL PROVEEDOR**

**Servicios de EI/ECSE: llene la siguiente parte, adjunte la información solicitada y regrese al proveedor.**

**Intervención temprana/Educación especial para primeras infancias (EI/ECSE) Formulario de referencia para proveedores\* Del nacimiento hasta los 5 años**

<input type="checkbox"/> Familia contactada el ____ / ____ / ____ El niño/a se evaluó el ____ / ____ / ____ y se encontró:
<input type="checkbox"/> Elegible para recibir los servicios <input type="checkbox"/> No elegible para recibir los servicios, referir a: _____
Contacto/teléfono de EI/ECSE del condado: _____
Notas: _____
Anexos solicitados anteriormente: _____
<input type="checkbox"/> No se pudo contactar al padre <input type="checkbox"/> No se pudo completar la evaluación EI/ECSE cerrará la derivación el ____ / ____ / ____.

\* El formulario de referencia de EI/ECSE puede duplicarse y descargarse en esta [página web](#) del Departamento de Educación de Oregon.

**DECLARACIÓN DE CONDICIÓN MÉDICA PARA ELEGIBILIDAD DE INTERVENCIÓN TEMPRANA  
(DESDE NACIMIENTO HASTA LOS 3 AÑOS)**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El estado de Oregon, a través del Departamento de Educación de Oregon (Oregon Department of Education, ODE), proporciona servicios de intervención temprana (EI) a infantes y niños/as desde el nacimiento hasta los 3 años con retrasos significativos en su desarrollo. ODE reconoce que las discapacidades pueden no ser evidentes en todos los niños y que, sin intervención, hay una gran posibilidad de que un niño con discapacidades sufra un retraso en su desarrollo.

ODE solicita su apoyo para determinar la elegibilidad para los servicios de EI de Oregon para el niño/a nombrado anteriormente. Bajo la ley de Oregon, un médico, asistente médico o enfermero especializado autorizado por el Consejo estatal apropiado puede examinar a un niño y determinar si tiene alguna condición física o mental que podría resultar en un retraso del desarrollo.

Tenga en mente que, mientras que muchos niños pueden beneficiarse de los servicios IT de Oregon, solamente son elegibles aquellos cuyos retrasos significativos del desarrollo son evidentes o es muy probable que se desarrollen.

Gracias por su tiempo y apoyo con este asunto.

**Afección médica:**

---

---

---

---

---

**Indique si el/la niño/a tiene:**

- Discapacidad visual
- Discapacidad auditiva
- Impedimento ortopédico

**Comentarios**

---

---

---

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>El/la niño/a tiene una afección física o mental que puede resultar en un retraso del desarrollo.</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Médico/Asistente médico/Enfermero especializado

Fecha

**Intervención temprana/Educación especial para primeras infancias (EI/ECSE) Formulario de referencia para proveedores\* Del nacimiento hasta los 5 años**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Favor de regresar a:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EI/ECSE DE OREGON**

<b>Baker County</b> Teléfono: 800.927.5847 Fax: 541.966.4800	<b>Douglas County</b> Teléfono: 541.440.4794 Fax: 541.440.4799	<b>Lake County</b> Teléfono: 541.947.3371 Fax: 541.947.3373	<b>Sherman County</b> Teléfono: 541.980.5725 Fax: 1.877.571.3290
<b>Benton County</b> Teléfono: 541.704.4011 Fax: 541.704.4010	<b>Gilliam County</b> Teléfono: 541.980.5725 Fax: 1.877.571.3290	<b>Lane County</b> Teléfono: 541.346.2578 Fax: 541.344.4723	<b>Tillamook County</b> Teléfono: 503.842.8423 Fax: 503.842.9663
<b>Clackamas County</b> Teléfono: 503.675.4097 Fax: 503.652.4452	<b>Grant County</b> Teléfono: 800.927.5847 Fax: 541.966.4800	<b>Lincoln County</b> Teléfono: 541.704.4011 Fax: 541.704.4010	<b>Umatilla County</b> Teléfono: 800.927.5847 Fax: 541.966.4800
<b>Clatsop County</b> Teléfono: 503.338.3345 Fax: 503.325.1297	<b>Harney County</b> Teléfono: 541.573.4828 Fax: 541.573.1914	<b>Linn County</b> Teléfono: 541.704.4011 Fax: 541.704.4010	<b>Union County</b> Teléfono: 800.927.5847 Fax: 541.966.4800
<b>Columbia County</b> Teléfono: 503.614.1446 Fax: 503.397.0796	<b>Hood River County</b> Teléfono: 541.386.4919 Fax: 541.387.5041	<b>Malheur County</b> Teléfono: 541.372.2214 o 541.889.8613 Fax: 541.889.4540	<b>Wallowa County</b> Teléfono: 541.927.5847 800.297.5847 Fax: 541.966.4800
<b>Coos County</b> Teléfono: 541.266.3915 Fax: 541.269.4548	<b>Jackson County</b> Teléfono: 541.494.7800 Fax: 541.494.7829	<b>Marion County</b> Teléfono: 503.385.4714 888-560-4666 x4714 Fax: 503.540.2959	<b>Warm Springs</b> Teléfono: 541-325-3837 Fax: 541-638-9643
<b>Crook County</b> Teléfono: 541.312.1945 Fax: 541.638.9649	<b>Jefferson County</b> Teléfono: 541-546-6841 Fax: 541-638-9643	<b>Morrow County</b> Teléfono: 800.927.5847 Fax: 541.966.4800	<b>Wasco County</b> Teléfono: 541.296.1478 Fax: 541.296.3451
<b>Curry County</b> Teléfono: 541.266.3915 Fax: 541.269.4548	<b>Josephine County</b> Teléfono: 541.956.2059 Fax: 541.956.1704	<b>Multnomah County</b> Teléfono: 503.261.5535 Fax: 503.894.8229	<b>Washington County</b> Inglés/Español: 503.614.1446 Fax: 503.614.1290
<b>Deschutes County</b> Teléfono: 541.312.1945 Fax: 541.638.9649	<b>Klamath County</b> Teléfono: 541.883.4748 Fax: 541.850.2770	<b>Polk County</b> Teléfono: 503.385.4714 888-560-4666 x4714 Fax: 503.540.2958	<b>Wheeler County</b> Teléfono: 541.980.5725 Fax: 1.877.571.3290
			<b>Yamhill County</b> Teléfono: 503.385.4714 888-560-4666 x4714 Fax: 503.540.2958

**Intervención temprana/Educación especial para primeras infancias (EI/ECSE) Formulario de referencia para proveedores\* Del nacimiento hasta los 5 años**

---

**CONTACTOS DE EI/ECSE DEL SUROESTE DE WASHINGTON**

(NOTA: los Requisitos del programa de EI/ECSE difieren en cada estado, contacte las siguientes oficinas para conocer los requisitos de Washington)

---

<b>Clark County</b> Teléfono: 360.750.7507 Fax: 360.906.1010	<b>Cowlitz County</b> Teléfono: 360.425.9810 Fax: 360.425.1053	<b>Klickitat County</b> Teléfono: 509.281.1281 Fax: 509.493.2204	<b>Skamania County</b> Teléfono: 509.281.1281 Fax: 509.427.0188
--	--	--	---

---

## **Intervención temprana/Educación especial para primeras infancias (EI/ECSE) Formulario de referencia para proveedores\* Del nacimiento hasta los 5 años**

### **CONSENTIMIENTO PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA ENTRE PROVEEDORES MÉDICOS e INTERVENCIÓN TEMPRANA**

#### **Información para padres**

*El consentimiento para la divulgación de información autoriza que se divulgue o utilice de la información médica por parte del proveedor médico de su hijo/a al programa de Intervención temprana/Educación especial para primeras infancias (EI/ECSE). Este formulario de consentimiento también autoriza la divulgación de información sobre el desarrollo y educación de su hijo/a del programa de Intervención temprana/Educación especial para primeras infancias al proveedor médico de su hijo/a.*

#### ***¿Por qué es importante este formulario de consentimiento?***

El proveedor médico de su hijo/a le ve en visitas de exámenes del niño sano y para recibir tratamiento médico. A veces, el proveedor médico de su hijo/a tiene la necesidad de obtener más información, como evaluaciones o seguimiento de otros especialistas, para identificar las necesidades especiales de atención médica de su hijo/a. El programa de Intervención temprana/Educación especial para primeras infancias (EI/ECSE) puede ser un recurso de apoyo para identificar las necesidades de su hijo/a. El objetivo principal de este formulario de consentimiento es permitir la comunicación entre el proveedor médico de su hijo/a y los programas de EI/ECSE para que los proveedores puedan trabajar juntos para ayudar a su hijo/a.

#### ***¿Por qué se me pide que firme un consentimiento en este formulario?***

Su consentimiento le permite al proveedor médico de su hijo/a compartir información sobre su hijo/a con EI/ECSE y permite a EI/ECSE compartir información sobre su hijo/a con su proveedor médico. Su consentimiento para la divulgación de información permite la comunicación entre el proveedor médico de su hijo/a y EI/ECSE para asegurar que su hijo/a obtenga el cuidado que necesita. Sin embargo, como su padre o tutor legal, puede negarse a dar su consentimiento para esta divulgación de información.

#### ***¿Cómo se utilizará este consentimiento?***

Este formulario de consentimiento seguirá a su hijo/a mientras él o ella se examina o evalúa en EI/ECSE. La información generada por esta divulgación formará parte de los registros médicos y académicos de su hijo/a. La información se compartirá solamente con individuos que trabajan en o con EI/ECSE o la oficina del proveedor médico de su hijo/a con el objetivo de proporcionar entornos y servicios educativos seguros, apropiados y menos restrictivos y coordinar atención médica adecuada.

#### ***¿Por cuánto tiempo es válido el consentimiento?***

Su consentimiento es efectivo por un periodo de un año a partir de la fecha de la firma en la autorización.

#### ***¿Cuáles son mis derechos?***

Usted tiene los siguientes derechos respecto a este consentimiento:

- Puede revocar este consentimiento en cualquier momento.
- Tiene el derecho de recibir una copia de la Autorización.