

Formulario del referido de Intervención Temprana/Educación Especial (EI/ECSE) – Nacimiento hasta 5 años

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS NIÑOS Y LOS PADRES

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Nombre del padre, madre o tutor: _____ Relación con el niño: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: ____
Condado: _____ Número de teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____
E-mail: _____
¿Acepta mensaje de texto?: Sí No El mejor momento para ponerse en contacto: _____
Primer idioma: _____ Necesidad de intérprete: Sí No

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (más información sobre este consentimiento en la página 4)

Consentimiento para la divulgación de información médica y educativa

Yo, _____ (nombre del padre o tutor), doy permiso para que el médico de mi hijo _____ (nombre del médico), comparta cualquier y toda información pertinente con respecto a mi hijo, _____ (nombre del niño), con los servicios de Intervención Temprana y Educación Especial en Edad Temprana (EI/ECSE, por sus siglas en inglés). También doy permiso para que IE/ECSE comparta información educativa y de desarrollo con respecto a mi hijo con el médico que hizo la remisión de mi hijo para que estén informados de los resultados de la evaluación.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Su consentimiento entra en vigencia durante un período de un año desde la fecha de su firma en esta autorización.

A CONTINUACIÓN, ÚNICAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA:

Por favor, envíe por fax o escanee y envíe este formulario de remisión (frente y reverso, si es necesario) a los servicios de EI/ECSE en el Condado de residencia del niño.

MOTIVO DE LA REMISIÓN A LOS SERVICIOS DE EI/ECSE

Médico: Complete todo lo que aplique. Por favor, adjunte la herramienta de evaluación general completa.

Con respecto a la evaluación: ASQ ASQ:SE PED M-CHAT Otros: ____

Preocupación por posibles retrasos en las siguientes áreas (por favor revise todas las áreas de preocupaciones y proporcione las puntuaciones si aplica):

Comunicación ____ Motor fino ____ Personal Social ____

Motor grueso ____ Resolución de problemas ____ Otros: ____

Preocupaciones del profesional clínico (incluyendo visión y audición) pero que no ha sido evaluado: _____

La familia es consciente de la razón de la remisión.

Firma del médico: _____ Fecha: ____/____/____

Si el niño tiene una condición identificada o diagnóstico conocido de alta probabilidad de lo que resulta en retrasos significativos en el desarrollo, por favor, complete la declaración del médico que se adjunta para la elegibilidad en la intervención de la edad temprana (en el reverso) además de este formulario de remisión. Solo un médico autorizado por una Junta Estatal de Examinadores Médicos puede firmar la declaración del médico.

INFORMACIÓN DEL MÉDICO Y SOLICITUD DE LOS RESULTADOS DE LA REMISIÓN

Nombre del médico que realizó la remisión: _____ Persona de contacto de la remisión: _____

Teléfono de la oficina: _____ Fax de la oficina: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Médico de atención primaria: _____

Si el niño es elegible, el médico recibirá una copia del resumen de los servicios.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA IE/ECSE AL MÉDICO QUE HIZO LA REMISIÓN

Servicios de IE/ECSE: *Por favor, complete esta parte, adjunte la información solicitada y devuelva a la fuente de la remisión, mencionada anteriormente.*

Se contactó con la familia el ____/____/____ El niño fue evaluado el ____/____/____ y se encontró que es:

Elegible para los servicios No es elegible para los servicios en este momento, se le remite a: _____

Los padres no aceptaron la evaluación Los padres no tiene preocupaciones

No se pudo contactar a los padres Intentos _____ IE/ECSE cerrará la remisión el día ____/____/____.

**PHYSICIAN'S STATEMENT FOR EARLY INTERVENTION ELIGIBILITY
(APPLIES ONLY TO CHILDREN BIRTH TO AGE 3)**

Date: _____ Child's Name: _____ Birth date: _____

The State of Oregon, through the Oregon Department of Education, Early Intervention/Early Childhood Special 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 licensed by a State Board of Medical Examiners, 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 up to age three in whom developmental delays are evident or likely to develop.

Diagnosis:

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.
--	---------------------------------------	---

Oregon Licensed Physician Signature: _____ Date: _____

Print Name: _____ Phone: _____

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

Copies of this form may be obtained from the Oregon Department of Education,
Early Intervention/Early Childhood Special Education

or on-line at <http://www.oregon.gov/ode/students-and-family/SpecialEducation/publications/Pages/Special-Education---IEP-IFSP-Related-Forms.aspx>

OREGON EI/ECSE CONTACTS

Baker County Phone: 800.927.5847 Fax: 541.276.4252	Douglas County Phone: 541.440.4794 Fax: 541.440.4799	Lake County Phone: 541.947.3371 Fax: 541.947.3373	Sherman County Phone: 541.238.6988 Fax: 541.384.2752
Benton County Phone: 541.753.1202 x106 877.589.9751 Fax: 541.753.1139	Gilliam County Phone: 541.238.6988 Fax: 541.384.2752	Lane County Phone: 541.346.2578 800.925.8694 Fax: 541.344.4723	Tillamook County Phone: 503.842.8423 Fax: 503.842.6272
Clackamas County Phone: 503.675.4097 Fax: 503.652.4452	Grant County Phone: 800.927.5847 Fax: 541.276.4252	Lincoln County Phone: 541.574.2240 x101 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: 541.753.1139	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: 541.473.3915	Wallowa County Phone: 541.927.5847 800.297.5847 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 Phone: 503.385.4714 888-560-4666 x4714 Fax: 503.540.2959	Warm Springs Phone: 541.553.3241 Fax: 541.303.8846
Crook County Phone: 541.693.5630 Fax: 541.303.8847	Jefferson County Phone: 541.693.5740 Fax: 541.638.9643	Morrow County Phone: 800.927.5847 Fax: 541.276.4252	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: 503.614.1299 Fax: 503.614.1290
Deschutes County Phone: 541.312.1195 Fax: 541.638.9649	Klamath County Phone: 541.883.4748 Fax: 541.850.2770	Polk County Phone: 503.385.4714 888-560-4666 x4714 Fax: 503.540.2958	Wheeler County Phone: 541.238.6988 Fax: 541.384.2752
			Yamhill County Phone: 503.385.4714 888-560-4666 x4714 Fax: 503.540.2958

EI/ECSE contact information also available at this Oregon Department of Education [web page](#).

or please call 1-800-SafeNet

SOUTHWEST WASHINGTON EI/ECSE CONTACTS

(NOTE: EI/ECSE Program Requirements differ in each state; please contact these offices for Washington Requirements)

Clark County Phone: 360.896.9912 ext.170 Fax: 360.892.3209	Cowlitz County Phone: 360.425.9810 Fax: 360.425.1053	Klickitat County Phone: 360.921.2309 Fax: 509.493.2204	Skamania County Phone: 509.427.3865 Fax: 509.427.4430
---	---	---	--

Formulario del referido de Intervención Temprana/Educación Especial (EI/ECSE) – Nacimiento hasta 5 años
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.