

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

**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/Asegurancia militar  Ningun asegurancia  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):  
 Speech/Language \_\_\_\_\_  Gross Motor \_\_\_\_\_  Fine Motor \_\_\_\_\_  
 Adaptive/Self-Help \_\_\_\_\_  Hearing \_\_\_\_\_  Vision \_\_\_\_\_  
 Cognitive/Problem-Solving \_\_\_\_\_  Social-Emotional or Behavior \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_  
 Clinician concerns but not screened: \_\_\_\_\_  
 Family is aware of reason for referral.

**Provider Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*If child has an identified condition or diagnosis known to have a high probability of resulting in significant delays in development, please complete the attached Physician Statement for Early Intervention Eligibility (on reverse) in addition to this referral form. Only a physician licensed by a State Board of Medical Examiners may sign the Physician Statement.*

**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:**  
 Evaluation Report  Eligibility Statement  Individual Family Service Plan (IFSP)  
 Early Intervention/Early Childhood Special Education Brochure  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 from the ABCD Child Health Provider Toolkit website: <http://1.usa.gov/JLvXHv>  
 Form Rev. 6/20/2012

**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	No	<b>This child has a physical or mental condition that is likely to result in a developmental delay.</b>
-----	----	---

\_\_\_\_\_  
**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>

**OREGON EI/ECSE CONTACTS**

<b>Baker County</b> Phone: 800.927.5847	<b>Douglas County</b> Phone: 541.440.4794 Fax: 541.440.4771	<b>Lake County</b> Phone: 541.947.3371 Fax: 541.947.3373	<b>Sherman County</b> Phone: 541.565.3600 Fax: 541.565.3640
<b>Benton County</b> 877.589.9751 Phone: 541.753.1202 x106 Fax: 541.926.6047	<b>Gilliam County</b> Phone: 541.565.3600 Fax: 541.565.3640	<b>Lane County</b> 800.925.8694 Phone: 541.346.2578 Fax: 541.346.6189	<b>Tillamook County</b> Phone: 503.842.8423 Fax: 503.842.6272
<b>Clackamas County</b> Phone: 503.675.4097 Fax: 503.675.4205	<b>Grant County</b> Phone: 800.927.5847	<b>Lincoln County</b> Phone: 541.574.2240 x106 Fax: 541.265.6490	<b>Umatilla County</b> Phone: 800.927.5847
<b>Clatsop County</b> Phone: 503.338.3368 Fax: 503.325.1297	<b>Harney County</b> Phone: 541.573.6461 Fax: 541.573.1914	<b>Linn County</b> Phone: 541.753.1202 x106 877.589.9751 Fax: 541.926.6047	<b>Union County</b> Phone: 800.927.5847
<b>Columbia County</b> Phone: 503.366.4141 Fax: 503.397.0796	<b>Hood River County</b> Phone: 541.386.4919 Fax: 541.296.2965	<b>Malheur County</b> Phone: 541.372.2214 Fax: 541.372.2214	<b>Wallowa County</b> Phone: 541.426.7641 Fax: 541.426.3732
<b>Coos County</b> Phone: 541.269.4524 Fax: 541.269.4548	<b>Jackson County</b> Phone: 541.494.7800 Fax: 541.494.7829	<b>Marion County</b> 888.560.4666 Phone: 503.385.4714 Fax: 503.435.5922	<b>Warm Springs</b> Phone: 541.553.3241 Fax: 541.553.3379
<b>Crook County</b> Phone: 541.269.4524 Fax: 541.382.3901	<b>Jefferson County</b> Phone: 541.693.5740 Fax: 541.475.5337	<b>Morrow County</b> Phone: 800.927.5847	<b>Wasco County</b> Phone: 541.296.1478 Fax: 541.296.3451
<b>Curry County</b> Phone: 541.269.4524 Fax: 541.269.4548	<b>Josephine County</b> Phone: 541.956.2059 Fax: 541.956.1704	<b>Multnomah County</b> Phone: 503.262.4100 Fax: 503.262.4109	<b>Washington County</b> English: 503.614.1446 Spanish: 503.614.1263 Fax: 503.614.1290
<b>Deschutes County</b> Phone: 541.312.1195 Fax: 541.382.3901	<b>Klamath County</b> Phone: 541.883.4748 Fax: 541.850.2770	<b>Polk County</b> Phone: 503.435.5940 Fax: 503.435.5922	<b>Wheeler County</b> Phone: 541.565.3600 Fax: 541.565.3640
Oregon EI/ECSE contact information also available at <a href="http://www.ode.state.or.us/search/page/?id=1690">www.ode.state.or.us/search/page/?id=1690</a> or contact 1-800-SafeNet			<b>Yamhill County</b> Phone: 503.435.5918 Fax: 503.435.5922

For questions or corrections about this form, contact the  
Oregon Public Health Division, Office of Family Health:  
[molly.emmons@state.or.us](mailto:molly.emmons@state.or.us) or 971-673-0234

This EI/ECSE Referral Form may be duplicated and downloaded at  
<http://public.health.oregon.gov/HealthyPeopleFamilies/Babies/Documents/EI-ECSEReferral.pdf>

## 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.