



**Lincolnshire-Prairie View School District 103  
Administration Offices**

1370 N. Riverwoods Road • Lincolnshire, IL 60069  
847/295-4030 • FAX 847/295-9196  
<http://www.d103.org>

**PHYSICIAN'S REFERRAL**

Student: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_\_

Program: \_\_\_\_\_

Therapist: \_\_\_\_\_

To the Physician:

The educational program in which your patient participates has referred him/her for Occupational/Physical Therapy treatment. The registered therapist has assessed fine and gross motor skill levels related to the educational environment. In the school system, Occupational and Physical Therapy is a related service which can be provided to students who may have difficulty adapting to the demands of school and benefiting from their educational placement due to problems with perception, motor planning, coordination, behavior and self-care functions expected of them in the school setting.

As of June 14, 1991, the State of Illinois requires physician's permission to proceed with Occupational and Physical Therapy treatment. **Please fill out the portion below and fax it to** \_\_\_\_\_ **at** \_\_\_\_\_.  
Therapist Name Fax number

Rx Referral for Occupational/Physical Therapy Treatment

Please complete the items below:

\_\_\_\_\_ Student can receive Occupational Therapy services

\_\_\_\_\_ Student can receive Physical Therapy services

Medical diagnosis: \_\_\_\_\_

Precautions or contraindications: \_\_\_\_\_

Additional comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Physician's Name Printed & NPI #)

\_\_\_\_\_  
(Physician's Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date)

**To the Parent:**

I give my permission of OT/PT evaluation and/or treatment in the educational environment. I give my permission for the release of information in regard to my child's treatment with other allied health professionals and the physician's office to support achievement of educational goals. Release of information expiration date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Parent's Name (please print)

\_\_\_\_\_  
Parent's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

PARENT: Please return this prescription to the classroom teacher or the Special Education Department as soon as possible so that the Occupational/Physical Therapist can see your child in a timely manner.



## Lincolnshire-Prairie View School District 103

### Administration Offices

1370 N. Riverwoods Road • Lincolnshire, IL 60069

847/295-4030 • FAX 847/295-9196

<http://www.d103.org>

### PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Distrito/Escuela: \_\_\_\_\_

Para, el Medico:

Su paciente ha sido referido por el programa educacional para una evaluación o tratamiento de Terapia Ocupacional o de Destrezas Motrices. Un terapeuta registrado hizo una asesoría de niveles de destreza motrices finas y gruesas relacionados en el ambiente educacional. En el sistema educacional los servicios de Terapia Ocupacional y de Destreza Motrices son programas de apoyo a los estudiante que tienen dificultades en adaptarse a las demandas escolares y si poderse beneficiar del programa educacional, al no poder detectar problemas de percepción, planear destrezas motoras, coordinación, comportamiento, y como ayudarse así mismos, estos son comportamientos requeridos por la escuela.

El estado de Illinois requiere desde Junio 14, 1991, un permiso medico con dicha evaluación para proceder con la evaluación o tratamiento del estudiante. **Favor de llenar esta forma y mandarla por Fax a** \_\_\_\_\_

**al** \_\_\_\_\_  
Numero de fax

Nombre del Terapeuta

Rx Prescripción para una evaluación o tratamiento de Terapia Ocupacional y/ o de Destreza Motrices.

Favor de llenar la parte inferior:

\_\_\_\_\_ El estudiante puede recibir Terapia Ocupacional

\_\_\_\_\_ El estudiante puede recibir Terapia de Destrezas Motrices

Diagnostico medico: \_\_\_\_\_

Precauciones y contraindicaciones: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Medico

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico

\_\_\_\_\_  
Fecha

Para los Padres:

Yo doy mi permiso a la evaluación o tratamiento de Terapia Ocupacional y/o de Destreza Motrices en el ámbito educativo. Yo doy mi permiso para la publicación de información en relación con el tratamiento de mi hijo/a con otros profesionales de la salud y la oficina del médico para apoyar el logro de los objetivos educativos. Este permiso se vence en: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Padres: Favor de mandar esta prescripción ala escuela o al departamento de Educación Especial lo mas pronto posible para que el terapeuta pueda empezar la evaluación y/ o tratamiento del estudiante a tiempo.