

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Exceptional Student Learning Support

FDLRS / Child Find Referral Form

Children Ages 3 to 5 Years

Date: _____ Referred By: _____

Individual's Name

Relationship to Child

Referral Source Phone: _____ Referral Source E-mail: _____

Referring Source: _____ Source is a Child Protection Agency? Y N

Agency Name

Department

Child's Name: _____ DOB: _____ Age: _____

Sex: M F Birthplace: _____ Race: _____ Hispanic: Y N

Language(s) Spoken at Home: _____ If other than English, please specify: Minimal Both Primary

Receiving protective services: Y N Agency/ChildNet Advocate: _____

Attending preschool: Y N Specify location/program: _____

Parent Foster Parent Relative Guardian _____

E-mail: _____

Home Address: _____ APT# _____

City: _____ State: FL Zip Code: _____

Cell: _____ Work: _____ Home: _____

Alternative Contact: _____ Relationship to Child: _____ Phone: _____

Reason for Referral

- Speech (hard to understand, talking is not clear)
 Behavior (aggressive, harms self or others, inattentive, active)
 Expressive Language (few words in vocabulary)
 Fine Motor (holding, drawing, grasping, picking up small objects)
 Receptive Language (doesn't seem to understand, difficulty following directions)
 Gross Motor (clumsy, falls a lot, poor coordination or balance)
 Social-Emotional (interaction with others, social skills)
 Self-Help (independent functioning, toileting, feeding, dressing)
 Cognition (seems behind, difficulty retaining information)
 Vision Diagnosis
 Hearing Diagnosis

Medical Diagnosis: Y N Specify: _____

Developmental Services: S/L OT PT Behavior Location: _____

Comments: _____

FOR CHILD FIND USE ONLY: Language Code: _____ K-20: _____ Information Received by: Initials _____

Language Classification Appointment: _____

Home School: _____

Entered in CHRIS/ Online by: Initials

FDLRS #: _____

Screening Appointment: _____

Email the completed form to: eschildfind@browardschools.com 754-321-7200 -Child Find Referral Line



Bem-vindo ao nosso programa de triagem online ASQ!

Clique no link para preencher o formulário

Arabic <https://asqonline.com/family/9412ac>

Chinese Simplified <https://asqonline.com/family/16bcf7>

Chinese Traditional <https://asqonline.com/family/faed75>

English <https://www.asqonline.com/family/e7bbfe>

French <https://asqonline.com/family/d34907>

Spanish <https://asqonline.com/family/15d264>

Vietnamese <https://asqonline.com/family/680f81>

Como os primeiros 5 anos de vida de seu/sua filho(a) são muito importantes, queremos ajudá-lo a proporcionar o melhor começo de vida para ele(a). Você está convidado a participar dos Questionários de Idades e Estágios, Terceira Edição (*Ages & Stages Questionnaires/ASQ-3*), para ajudá-lo a acompanhar o desenvolvimento de seu/sua filho(a). O questionário pode ser fornecido a cada 2, 4 ou 6 meses. Você precisará responder perguntas sobre algumas habilidades que seu/sua filho(a) pode ou não fazer. O questionário inclui perguntas sobre habilidades de comunicação, habilidades motoras grossas, habilidades motoras finas, capacidade de resolver problemas e competências sociais de seu/sua filho(a).

Aguardamos sua participação no ASQ-3!

FDLRS Child Find Office (located at the Wingate Oaks Center)

Serving Broward County Public Schools

1211 NW 33rd Terrace

Fort Lauderdale, Florida 33311

754-321-7200

esechildfind@browardschools.com





DATE COMPLETED: _____

COMPLETED BY: _____

REFERRED BY: DOCTOR TEACHER THERAPIST EARLY STEPS _____

FDLRS No. _____

QUESTIONÁRIO DE DADOS PRÉ-ESCOLARES

NOME DA CRIANÇA: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

IDADE: _____ SEXO: FEMININO MASCULINO Nº SSN _____

IDIOMA FALADO EM CASA: _____ IDIOMA FALADO COM A CRIANÇA _____

Endereço Residencial: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Nome da Mãe: _____ Tel. Residencial: _____

Tel. Celular: _____ E-MAIL: _____

Data de Nasc. da Mãe: _____ Educação: _____ Ocupação: _____

Nome do Pai: _____ Tel. Residencial: _____

Tel. Celular: _____ E-MAIL: _____

Data de Nasc. do Pai: _____ Educação: _____ Ocupação: _____

Estado Civil dos Pais: (Assinalar Um) Solteiros Casados Separados Divorciados Viúvo(a)

Se os pais são separados ou divorciados, que idade tinha a criança quando a separação ocorreu? _____

Você adotou esta criança? Sim Não Caso sim, qual foi a data de adoção? _____**PREENCHA ESTA SEÇÃO APENAS SE HOUVER ENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS (CPS)** **Envolvimento do CPS (Child Protective Services), mas a criança permanece com os pais naturais**

Endereço: _____

Rua/Av.

Apto

Cidade

CEP

 Colocação Fora do Lar: Colocado com Abrigo Acolhimento Centro Especializado
Parentes Familiar de Enfermagem Outra: _____**Identificar Contato:** Pai(s) Pai(s) Familiar Assistente Social da
Acolhedor(es) Guardiã/Responsável Agência

Nome do Cuidador: _____ Tel. Residencial: _____ Celular: _____

Endereço: _____

Rua/Av.

Apto

Cidade

CEP

Nome do Assistente Social da Agência: _____ Telefone: _____

Nome da Agência: _____

LISTE TODAS AS PESSOAS QUE MORAM NO DOMICÍLIO

Use página adicional, se necessário

NOME	IDADE	SEXO	RELAÇÃO COM A CRIANÇA

GRAVIDEZ E HISTÓRICO DE NASCIMENTO

Cidade de Nascimento: _____ Estado: _____

Complicações durante a gravidez (se for o caso): _____

Semanas/Meses de Gravidez: _____ O parto foi (Assinalar um) Normal Cesárea Pélvico

Peso de Nascimento: _____ lb (libras) _____ oz (onças)

Complicações durante o parto (se for o caso): _____

Qual era o estado da mãe após o parto? _____

Qual era o estado do bebê após o parto? _____

HISTÓRICO DE SAÚDEO seu filho já foi diagnosticado com alguma condição médica? Sim Não

Nome da condição: _____

Data do último exame físico: _____ Resultados: _____

Assinale quaisquer doenças/condições que seu filho tenha tido desde o nascimento. Indique também a idade em que a doença/condição ocorreu.

✓	DOENÇA/CONDIÇÃO	IDADE	✓	DOENÇA/CONDIÇÃO	IDADE	✓	DOENÇA/CONDIÇÃO	IDADE
<input type="checkbox"/>	Cianose (azulado)		<input type="checkbox"/>	Malformações		<input type="checkbox"/>	Amigdalite	
<input type="checkbox"/>	Icterícia (amarelado)		<input type="checkbox"/>	Dificuldade de alimentação		<input type="checkbox"/>	Remoção de adenóides	
<input type="checkbox"/>	Convulsões/Crises		<input type="checkbox"/>	Dificuldades para dormir		<input type="checkbox"/>	Sarampo	
<input type="checkbox"/>	Hemorragia		<input type="checkbox"/>	Dores de cabeça		<input type="checkbox"/>	Sinusite	
<input type="checkbox"/>	Erupção cutânea		<input type="checkbox"/>	Choro excessivo		<input type="checkbox"/>	Amigdalectomia	
<input type="checkbox"/>	Asma		<input type="checkbox"/>	Cólica		<input type="checkbox"/>	Lesões na cabeça	
<input type="checkbox"/>	Bronquite		<input type="checkbox"/>	Caxumba		<input type="checkbox"/>	Dificuldades de deglutição/sucção	
<input type="checkbox"/>	Escarlatina		<input type="checkbox"/>	Meningite		<input type="checkbox"/>	Febre reumática	
<input type="checkbox"/>	Catapora		<input type="checkbox"/>	Difteria		<input type="checkbox"/>	Pneumonia	
<input type="checkbox"/>	Poliomielite		<input type="checkbox"/>	Febre alta (acima de 104° F)		<input type="checkbox"/>	Diabete	
<input type="checkbox"/>	Encefalite		<input type="checkbox"/>	Lesões nos ouvidos		<input type="checkbox"/>	Problemas de visão	
<input type="checkbox"/>	Resfriados frequentes		<input type="checkbox"/>	Infecção de ouvido frequente		<input type="checkbox"/>	Lacrimejamento excessivo	
<input type="checkbox"/>	Doença renal		<input type="checkbox"/>	Drenagem dos ouvidos		<input type="checkbox"/>	Lábio leporino/Fenda palatina	
			<input type="checkbox"/>	Tubos nos ouvidos				

√	DOENÇA/CONDIÇÃO	**FAVOR DESCREVER**	IDADE
<input type="checkbox"/>	Acidentes ou ferimentos graves		
<input type="checkbox"/>	Cirurgias		
<input type="checkbox"/>	Alergias		
<input type="checkbox"/>	Outra		

LISTE OS MÉDICOS QUE SEU FILHO TENHA CONSULTADO/ESTÁ CONSULTANDO

NOME do MÉDICO de CUIDADOS PRIMÁRIOS/PEDIATRA	ENDEREÇO	TELEFONE
NOME e TIPO de ESPECIALISTA(S)	ENDEREÇO	TELEFONE

Liste todos os dispositivos auxiliares/adaptativos que a criança utiliza (ex: próteses, dispositivos de mobilidade, auxílios de comunicação):

Liste todos os dispositivos médicos que a criança utiliza (ex: respirador, tubo g, oxigênio):

O seu filho usa aparelhos auditivos? Sim Não Caso sim, a data da prescrição: _____

O seu filho usa óculos? Sim Não Caso sim, a data da prescrição: _____

LISTE OS MEDICAMENTOS QUE SEU FILHO ESTÁ ATUALMENTE TOMANDO E A RAZÃO DE TOMÁ-LOS

Nome do Medicamento	Dosagem	Horário de Administração	Data da Prescrição	Razão

HISTÓRICO DO DESENVOLVIMENTO

Por favor, indique a idade em que o seu filho demonstrou pela primeira vez cada um dos seguintes marcos de desenvolvimento:

Mostrou reação à mãe:		Rolou para o lado:	
Seguiu objetos com o olhar:		Engatinhou:	
Voltou-se em direção ao ruído:		Ficou de pé sozinho:	
Sorriu:		Sentou-se sozinho:	
Levantou a cabeça:		Andou sozinho:	
Balbuciou:		Usou o banheiro sozinho:	
Falou as primeiras palavras:			

O desenvolvimento do seu filho mudou ou parou de repente? Sim Não Caso sim, com que idade? _____

DIETA:

Preferências alimentares: _____

Aversões alimentares: _____

Consistência alimentar: Regular Picada Moída Purê**AUTONOMIA:**Ao comer: Dependente Mão guiando mãos Come com os dedos Independente

Equipamento Adaptativo: _____

Ao vestir-se: Dependente Precisa de alguma ajuda Independente

Precisa de ajuda para: _____

Ir ao banheiro: Fraldas Fraldas de treinamento Independente

Precisa de ajuda para: _____

Hábitos de dormir: _____

Horário de descanso: _____

√	Assinale a(s) afirmação(ões) que melhor descreve(m) o desenvolvimento linguístico do seu filho:
<input type="checkbox"/>	Tem dificuldade para seguir instruções.
<input type="checkbox"/>	Segue instruções simples.
<input type="checkbox"/>	Entende tudo que lhe é dito.
<input type="checkbox"/>	Tem dificuldade para comunicar seus desejos/necessidades.
<input type="checkbox"/>	Usa mais gestos do que palavras para se comunicar.
<input type="checkbox"/>	Fala usando expressões ou frases curtas.
<input type="checkbox"/>	Mantém conversas apropriadas.
<input type="checkbox"/>	As outras pessoas têm dificuldade para entender seu filho quando ele fala?

√	Assinale quaisquer problemas de comportamento que o seu filho apresente atualmente:
<input type="checkbox"/>	Não se relaciona bem com outras crianças.
<input type="checkbox"/>	Não se relaciona bem com adultos.
<input type="checkbox"/>	Prefere ficar sozinho.
<input type="checkbox"/>	É ativo demais.
<input type="checkbox"/>	É fisicamente agressivo.
<input type="checkbox"/>	É teimoso.
<input type="checkbox"/>	Molha a cama.
<input type="checkbox"/>	Outro (Explicar/Descrever):

Existe algum histórico familiar de atraso no desenvolvimento? Sim Não Caso sim, favor explicar: _____Você sente que seu filho está tendo dificuldades em casa? Sim Não Caso sim, favor explicar: _____Você sente que seu filho está tendo dificuldades na escola? Sim Não Caso sim, favor explicar: _____

Outras preocupações: _____

As suas observações/conhecimento dos pontos fortes/fracos do seu filho serão uma parte importante do processo de avaliação.

Atividade ou brinquedo favorito do meu filho: _____

Atividade ou brinquedo que o meu filho menos gosta: _____

Eu descreveria o meu filho como: _____

O meu filho é bom nisso: _____

Mudanças/progressos que tenho notado no meu filho recentemente: _____

Algumas das minhas expectativas para o meu filho são: _____

Informações/serviços que preciso para ajudar o meu filho: _____

O seu filho já fez alguma das seguintes avaliações?

- Psicológica/Desenvolvimento** Data: _____
 Quem realizou a avaliação? _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
- Psiquiátrica** Data: _____
 Quem realizou a avaliação? _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
- Fala/Linguagem** Data: _____
 Quem realizou a avaliação? _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
- Audição** Data: _____
 Quem realizou a avaliação? _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
- Visão** Data: _____
 Quem realizou a avaliação? _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
- Terapia Ocupacional** Data: _____
 Quem realizou a avaliação? _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
- Fisioterapia** Data: _____
 Quem realizou a avaliação? _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
- Neurológica** Data: _____
 Quem realizou a avaliação? _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
- Encaminhamento Pendente** Data: _____
 Para que tipo de avaliação? _____

TERAPIAS QUE A CRIANÇA ESTÁ RECEBENDO ATUALMENTE

- PT – Fisioterapia Frequência semanal: _____
 Agência: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
- OT – Terapia Ocupacional Frequência semanal: _____
 Agência: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
- ST – Fonoaudiologia Frequência semanal: _____
 Agência: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
- ABA – Terapia Comportamental Frequência semanal: _____
 Agência: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____

OUTRAS AGÊNCIAS/CLÍNICAS/SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL AJUDANDO A CRIANÇA/FAMÍLIA

Nome da Agência/Clínica/Serviço de Assistência Social	Pessoa de Contato	Serviços Prestados

HISTÓRICO ACADÊMICO

Liste as pré-escolas que o seu filho frequentou:

Nome	Local	Data de Início	Motivo da Saída

Se a criança não está na escola, quem cuida dela durante o dia? _____

Há alguma outra informação que a equipe deveria saber sobre o seu filho? _____

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

QUESTIONÁRIO PARA PAIS SOBRE A PRIMEIRA INFÂNCIA

FDLRS# _____

Nome da Criança: _____ Idade da Criança _____ Data: _____

Preenchido por: (Sobrenome) _____ (Nome) _____

Assinale (✓) todas as descrições que melhor descrevem esta criança

Social e Emocional	<input checked="" type="checkbox"/> 'SIM'	Descrição	Comentários
		Carinhosa, amorosa	
		Parece gostar da escola	
		Joga com brinquedos de forma apropriada	
		Brinca com outras crianças de forma apropriada	
		Tem alguns amigos	
		Não tem amigos	
		Evita ou não se sente à vontade com outras crianças	
		Relutante a compartilhar brinquedos	
		Não quer participar de atividades	
		Procura atenção ("Olhe pra mim!")	
		Normalmente é feliz	
		Mostra pouca emoção	
		Emoção demais	___ Transtornada ___ Apreensiva ___ Zangada ___ Chora
		Dificuldade em separar-se dos pais	
	Isola-se, gosta de ficar sozinha		
	Fere outros	___ Propositalmente ___ Sem intenção	
	Mostra remorso; lamenta		

Sensorial e Motora	<input checked="" type="checkbox"/> 'SIM'	Descrição	Comentários
		Muitas vezes não responde aos sons	___ Diagnosticado com perda de audição
		Sensível demais a sons/cheiros/toques/texturas	___ Som ___ Cheiro ___ Toque ___ Textura
		Esbarra em coisas frequentemente	
		Cai frequentemente	
	Comportamentos fora do comum. Exemplo: balança, bate a cabeça, abana as mãos		

Autoajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 'SIM'	Descrição	Comentários
		Alimenta-se sozinha	
		Lava as mãos	
		Ajuda em tarefas simples	
		Evita perigos comuns. Exemplo: fogão quente, vidro quebrado	
		Veste-se sozinha	___ com ajuda ___ independentemente
		Usa fraldas ou fralda-calças	___ e avisa um adulto quando precisa se trocar
		Usa o banheiro com ajuda	___ e avisa um adulto quando precisa ir
	Usa o banheiro independentemente		

(vide verso)

Comunicação	<input checked="" type="checkbox"/> 'SIM'	Descrição	Comentários
		Faz e mantém contato visual	
		Usa gestos. Exemplo: aponta, acena para se despedir	
		Usa expressões faciais. Exemplo: sorri, faz cara feia	
		Entende os seus gestos. Exemplo: olha para onde você aponta	
		Vocaliza, usa sons	
		Repete palavras para aprendê-las	
		Usa palavras para se comunicar	
		Usa frases para se comunicar	
		Segue instruções simples	
		Repete palavras e frases sem motivo	___ Repete o que ouve ___ Repete comerciais, vídeos, etc.
		Usa gírias ou palavras incompreensíveis	
		Usa palavras, mas não fala claramente	
	Tem dificuldade em responder a perguntas simples		

Conformidade	<input checked="" type="checkbox"/> 'SIM'	Descrição	Comentários
		Procura agradar	
		Geralmente é cooperativa	
		Dificuldade em seguir instruções	___ Não entende ___ Não quer
		Dificuldade em mudar de uma atividade para outra	
		Dificuldade em lidar com mudança na rotina habitual	
		Insiste em impor sua vontade	
	Resiste aos limites de comportamento		

Autocontrole

Autocontrole	<input checked="" type="checkbox"/> 'SIM'	Descrição	Comentários
		Mostra bom autocontrole	
		Foco e controle deficientes	___ distraída ___ impulsiva ___ não consegue ficar parada
		Não adere a uma atividade ou termina tarefas	
		Faz birras frequentemente	
		Perde o controle, tem “colapso emocional”	
		Requer supervisão a maior parte do tempo	
		Palavras agressivas. Exemplos: insulta outras pessoas, linguagem inapropriada	
	Atos agressivos. Exemplos: bate, chuta, joga	___ objetos ___ crianças ___ adultos ___ a si própria	