

FORMULARIO DE REFERENCIA ESCOLAR

PERSONA QUE REFIRIO

Nombre completo:	Número de teléfono:
Fecha:	Correo electrónico:

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre completo:	Idioma principal:
Dirección:	Ciudad/Código postal:
Fecha de nacimiento y edad:	Numero de seguro social (opcional):

- ¿El niño tiene aseguranza medica? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿caul? _____
- ¿Alguna preocupación médica? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, por favor especifique): _____

Escuela actual:	Grado escolar actual:
Número de contacto de la escuela:	Apoyo educativo: ☐ IEP ☐ 504 ☐ Ninguno
Puntos fuertes del estudiante:	
Motivo de la derivación: hogar, escuela y otras preocupaciones:	

CONSENTIMIENTO

Doy mi consentimiento para que el personal escolar derive a mi hijo/a _____ para los servicios prestados por el Programa de Intervención Temprana Escolar (SBEI) o el Programa Ambulatorio Escolar (SBOP). Entiendo que se les puede proporcionar información relevante, como nombre, dirección, número de teléfono, registro de asistencia, disciplina y calificaciones. Si mi hijo/a recibe servicios de Educación Especial, doy mi consentimiento para que se entregue una copia del Plan 504 o Plan de Educación Individual (IEP) más reciente al proveedor de servicios seleccionado. He recibido instrucciones de seguimiento y reconozco la importancia de seguirlas para preservar los resultados y prevenir posibles complicaciones. Si la derivación la inicia el personal de SBEI/SBOP, autorizo a RCS a divulgar a la escuela/distrito escolar una copia de la derivación y coordinar el tratamiento.

Firma del padre guardian: _____

Número de teléfono: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/guardian:	Mejor momento para llamar:
----------------------------	----------------------------

Sólo para uso de RCS:

☐ SBOP ☐ Families First 

SSID #:

Date Referral Received: