

Referencia de proveedor para servicios de nacido a 5 años de edad



Multnomah Early Childhood Program / David Douglas School District

5208 NE 122nd Ave. | Portland, Oregon 97230 | Ph 503-261-5535 | Fax 503-894-8229

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE NIÑO(A)/PADRE

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo M F

Nombre de Padres / Tutores _____

Número de teléfono principal _____ Otro número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Condado _____

Lenguaje principal _____ Lenguaje secundario _____ Necesita intérprete Si / No

Identidad étnica del niño(a) Hispáno(a) o Latino(a) No Hispáno(a) o Latino(a)

Raza de niño(a) (*escoge todas las opciones que aplica*) Indígena de Norte América / Indígena de Alaska / Asiático

Asian Negro / Africano Americano Nativo de Hawaii o las Islas Pacificas Blanco

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MEDICAL Y EDUCACIONAL

Yo, _____ (*Nombre de los padres / tutores en letra de molde*), doy permiso a la persona proveyendo los servicios de la educación preescolar _____ (*Nombre de la persona proveyendo los servicios de la educación preescolar en letra de molde*), para compartir cualquier y toda información pertinente acerca de mi hijo(a), _____ (*Nombre de niño(a) en letra de molde*), con el personal de los servicios Intervención Temprana/Educación Especial Preescolar (EI/ ECSE, siglas en inglés). También doy permiso al personal de EI/ECSE a comparator information acerca del desarrollo y education de mí hijo(a).

Firma de los Padres/Tutores _____ Fecha _____

- Tu permiso sera vigente por un año a partir de la fecha de su firma -

FUENTE DE REFERENCIA Y RAZÓN DE REFERENCIA

Nombre y título de quien remite la referida _____ fecha de la referida _____

Número de teléfono _____ Fax _____ Dirección _____

Escoge todas las que aplica: Area de preocupación: Adaptivo Cognositivo Motora Grueso Motora Fino

La comunicación El habla (articulación/fluidez) Social/comportamiento Otra

Favor de incluir examen, cuestionario o protocolo(s) Información: ASQ ASQ - SE M - CHAT Other

Fecha de evaluación _____ Nombre(s) de quien completo la evaluación _____

RECURSOS COMUNITARIOS/SERVICIOS DE NACIDO A 5 AÑOS DE EDAD

Proveedor de los servicios nacido a 5 años de edad _____ La agencia _____
(podra incluir visitante en casa / cuidado de niño / Head Start Temprana / Head Start / escuela preescolar / Maestro)

Dirección _____ Teléfono _____

Lugar de cuidado de niño donde asiste el niño(a) _____ Horas _____

DHS participando Si No Trabajador del caso DHS _____

Número de teléfono _____ Fax _____

RESULTADOS DE REFERENCIA Y SEGUIMIENTO

Pedidos del fuente de la referida Informes de la Evaluación Declaración de elegibilidad

Declaración de Eligibilidad Invitación a la reunión IFSP Copia del IFSP Contactar para coordinar los servicios

Los servicios EI/ESCE: favor de completar este parte, adjuntar la información pedida, y enviar de vuelta al fuente de la referida antemencionado.

La fecha de contacto con la family _____ Fecha de la evaluación del niño _____ y lo encontraron:

Calificado para los servicios No calificado para los servicios en este momento, referido para _____

Contacto del EI/ECSE en el condado _____ Teléfono _____

No lograron contactar los padres No lograron completar la evaluación EI/ECSE Cerrará su referida a partir del _____