



Community Centered Board: _____ Fax: _____

Child's Name: _____ Boy Girl DOB: _____

Parent(s) / Legal Guardian: _____ Phone: _____

Family's Address: _____ County: _____

Primary Language Spoken by Parent(s)/Legal Guardian/Foster Parents: English Spanish Other: _____

Foster Parent(s) (if applicable): _____ Phone: _____

Foster Parent(s) Address: _____ County: _____

How long has child resided at this residence? _____ Surrogate/ Advocate/ Guardian ad Litem? YES NO

If yes, Name: _____ Phone: _____

Assigned DSS Caseworker: _____ Phone: _____

Referring Practice/Agency: _____ Referring Person: _____

Referring Person Phone: _____ Referring Person Fax: _____

Are you a Qualified Health Professional? (See referral source guide for list) YES NO If yes, Discipline: _____

Person to send referral status update to; if different:: _____ Fax; if different: _____

Has a developmental screening been completed for this child? YES NO If yes, Tool Used: _____

Please check and complete one of the following boxes (A or B):

A. This child has been diagnosed with the following physical or mental condition(s) known to have a high probability of resulting in significant delays in development (even if no delays are apparent at this time): (See established condition database in the referral section on the EI Colorado website: www.eicolorado.org)

B. There are concerns for possible delays in development in the following areas: _____

Signed: _____ (referring person) Date of Referral: _____

Yo autorizo a _____ (quien hizo la referencia) para entregar la siguiente información (marque todas las que aplican):

- Information checkboxes: Información sobre referencias, Resumen de admisión, Resumen de ser dado de alto, Evaluaciones y notas de terapia física, Evaluaciones del desarrollo, Notas clínicas, Resultados del asesoramiento del desarrollo, Resultados del asesoramiento del oído, Resultados del asesoramiento de la vista, Otro: _____

... al programa de Intervención Temprana Colorado en la Mesa Comunitaria (CCB) en el condado de nuestra residencia y al Proyecto NICU (si es apropiado) con el propósito de establecer la elegibilidad de mi hijo para los servicios de intervención temprana. Entiendo que en la mayoría de los casos, se compartirá mi información con el Distrito Escolar/Mesa Cooperativa para Servicios Educativos responsable de mi niño con el propósito de completar el asesoramiento Child Find de mi niño.

--Entiendo que firmar ésta autorización no es una condición de recibir tratamiento médico en el futuro o los servicios de intervención temprana.

--Entiendo que puedo revocar (cancelar) ésta autorización en cualquier momento notificando a la Mesa Comunitaria (CCB) o Distrito Escolar/Mesa Cooperativa para Servicios Educativos (BOCES) por escrito, y que cualquier información que fue compartida antes del revocamiento de esta autorización no será afectada por la revocación.

--Entiendo que antes de que cualquier servicio específico se proporcione, tengo el derecho de autorizar o rehusar dichos servicios.

--Entiendo que una vez entregada, mi información puede ser revelada y podría no estar protegida bajo el Decreto para la Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA), aunque no será revelada de nuevo por la Mesa Comunitaria o el Distrito Escolar /BOCES, conforme al Decreto de Privacidad y Derechos Educativos Familiares (FERPA).

Para más información, vea CFR 45 (código de Reglas Federales) 164.508 para HIPAA y 34 CFR Parte 99 para FERPA

Esta autorización se vence _____ (fecha de vencimiento no será más de un año después de la fecha en que fue firmada).

Firma: _____ Fecha: _____ copia entregada a padre, madre o tutor legal (firma de padre/madre o tutor legal del niño)

Autorizo a Intervención Temprana Colorado para compartir con el profesional indicado arriba que hizo la referencia, los resultados del proceso de determinación de la elegibilidad para servicios, incluyendo el tipo y frecuencia de servicios de intervención temprana (según sea apropiado).

Firma: _____ Fecha: _____ copia entregada a padre, madre o tutor legal (firma del padre/madre o tutor legal del niño)