

Cualquier persona puede referir a un niño de entre 2 años, 8 meses y 5 años, 10 meses de edad para una prueba. La evaluación de educación especial solo puede comenzar luego de que el padre de familia o tutor haya otorgado su consentimiento por escrito.

Fecha: *
mm/dd/aaaa

INFORMACIÓN DEL NIÑO (*Indica un campo obligatorio.)

A

Nombre del niño *

Apellido del niño *

Fecha de nacimiento *

Género *

- Femenino
- Masculino
- No binario

Raza/Etnia (Marque todo lo que corresponda.) *

- Asiático
- Negro
- Blanco
- Nativo de América del Norte / de Alaska
- Nativo de Hawái / de otras islas del Pacífico

Hispano/Latino *

- Sí
- No

Escuela o tipo de cuidado infantil *

- Escuela privada o religiosa
- Escuela pública chárter
- Centro de desarrollo infantil
- Escuelas Públicas del DC
- No inscripto
- Desconocido

Nombre de la escuela o del lugar de cuidado infantil *

Nombre del padre de familia o tutor *

Relación con el niño

Teléfono principal *

Dirección *

Teléfono (otro)

Ciudad/Estado/Cód. postal *

Correo electrónico *

Idioma principal del padre de familia o tutor *

Idioma principal del niño *

Motivo de la referencia *

¿El niño referido está recibiendo o ha recibido alguna vez alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda.) *

- Evaluación (p. ej.: del desarrollo, del habla, terapia ocupacional/fisioterapia, etc.)
- Prueba de la vista y la audición
- Pruebas del desarrollo (p. ej.: Cuestionario de edades y etapas (ASQ), Evaluación de los padres del estado del desarrollo (PEDS), Cuestionario M-CHAT modificado de detección del autismo en niños pequeños, etc.)
- Programa de Educación Personalizada (IEP)
- Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP)
- Plan de Servicios (ISP)

INFORMACIÓN DEL REFERENTE *(Complete solamente si usted no es el padre de familia.)*

B

Esta información nos ayuda a servir a la familia, pero no es obligatoria para hacer una referencia.

Organización del referente

Nombre del referente

Correo electrónico del referente

Teléfono del referente

Teléfono de la organización

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA *(Por favor, complete en caso de conocerle.)*

C

Esta información nos ayuda a servir a la familia, pero no es obligatoria para hacer una referencia.

Nombre del proveedor de atención médica

Correo electrónico del proveedor de atención médica

Teléfono del proveedor de atención médica

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL *(Por favor, complete en caso de conocerle.)*

D

Esta información nos ayuda a servir a la familia, pero no es obligatoria para hacer una referencia.

Este niño está involucrado con la Agencia de Servicios a Niños y Familias (CFSA)

Nombre del trabajador social

Correo electrónico del trabajador social

Teléfono del trabajador social

¿CÓMO ESCUCHÓ ACERCA DE EARLY STAGES?*

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anuncios de Google | <input type="checkbox"/> Anuncios en publicaciones impresas | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Empleado de Early Stages |
| <input type="checkbox"/> LinkedIn | <input type="checkbox"/> Taller de Early Stages | <input type="checkbox"/> Guardería | <input type="checkbox"/> Otro empleado de las DCPS |
| <input type="checkbox"/> Anuncios en autobuses o paradas de autobús | <input type="checkbox"/> Evento de pruebas del desarrollo de Early Stages | <input type="checkbox"/> Trabajador social | <input type="checkbox"/> Amigos o familia |
| <input type="checkbox"/> Anuncios en publicaciones online | | <input type="checkbox"/> Pediatra o doctor | <input type="checkbox"/> Otros |

Por favor, envíe este formulario completo a referral@earlystagesdc.org (preferentemente) o por facsímil al **(202) 654-6079**.

(202) 698-8037 | info@earlystagesdc.org | www.earlystagesdc.org