

Fecha de hoy (mm/dd/yyyy):

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Sexo:  Masculino  Femenino  Género no binario

Raza/Origen étnico:	Marque todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/Nativo de otra isla del Pacífico		
Hispano/Latino	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tipo de Escuela o Servicio de Cuidado Infantil:	Marque todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Religiosa <input type="checkbox"/> Chárter <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil <input type="checkbox"/> Programa de Head Start <input type="checkbox"/> Escuelas Públicas del DC <input type="checkbox"/> No está matriculado(a)		
Nombre de la Escuela o Servicio de Cuidado Infantil			
Nombre del padre de familia/guardián		Relación con el niño	
Domicilio		Teléfono de la casa	
Ciudad/Estado/Código Postal		Otro teléfono	
Padre de familia/guardián Idioma principal		Idioma principal del niño	
Correo electrónico del padre de familia/guardián			
Motivo de la referencia			
<b>Información de la persona remitente (complete si usted no es el padre o madre del niño que está siendo derivado).</b>			
Organización remitente			
Nombre del remitente:		Teléfono del remitente:	
Correo electrónico del remitente		Teléfono de la organización	
<b>Información adicional (complete en caso de conocerla).</b>			
Nombre del médico pediatra			
Correo electrónico del médico pediatra		Teléfono del médico pediatra	
Nombre del Trabajador Social		<input type="checkbox"/> Este niño está involucrado con La Agencia de Servicios a Niños y Familias (CFSA)	
Correo electrónico del Trabajador Social		Teléfono del Trabajador Social	

**Revisión del padreo madre de familia/guardián (marque todas las opciones que correspondan):**

- He revisado esta referencia. Entiendo que esta referencia inicia un proceso que determinará la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir servicios de educación especial o equitativos. Entiendo que puedo detener este proceso en cualquier momento.
- Autorizo a las EPDC a compartir los resultados de los exámenes y de la evaluación de mi hijo(a) con la persona que lleva a cabo esta referencia.

 Firme aquí:	
Firma del padre o madre de familia/guardián:	Fecha:

Envíe por fax este formulario al **202.654.6079** o envíe un correo electrónico a [referral@earlystagesdc.org](mailto:referral@earlystagesdc.org)  
Para más información o para hacer la derivación de un niño(a), llame al **202.698.8037** o visite nuestro sitio web en [www.earlystagesdc.org](http://www.earlystagesdc.org).