



EARLY INTERVENTION (Ages Birth to 3)

SCHOOL DISTRICT/CHILD FIND (Ages 3 to 21)

Colorado Bluesky Enterprises
Fax: 719-542-3522
Phone: 719-583-2459

Pueblo City Schools
Fax: 719-253-5274
Phone: 719-423-3885

Pueblo County School District 70
Fax: 719-544-7248
Phone: 719-542-1671

REFERRAL AND RELEASE FORM

Child's Name _____ Male Female DOB _____

Parent(s)/Legal Guardian _____ Phone _____

Family's Address _____ County Pueblo County

Family's E-mail _____ Alt Phone _____

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

Ethnicity White, Non-Hispanic Hispanic or Latino Asian American Black or African American American Indian Other

Child Attends Head Start School District Preschool Private Preschool Child Care Homeschool N/A

Child Currently Receiving PT OT ST Other: _____

Active Individualized Education Program/Individualized Family Service Plan Yes No

Foster/Kinship Parent(s) (if applicable) _____ Phone _____

Guardian ad Litem (GAL) Name _____ Phone _____

CAPTA? YES NO Assigned Caseworker _____ Legal Status of Child Parent Custody, rights intact

Foster Care, Biological rights intact Foster Care, Parent rights terminated Other, Explain _____

Has a developmental screening been completed for this child? (ASQ, Peds, etc.) NO YES, *send the screening results with the referral*

There are concerns for possible delays in development in the following area(s) _____

Medical Diagnosis _____ *If applicable*, Date of Vision Screen ___/___/___ Date of Hearing Screen ___/___/___

Primary Care Provider (PCP) _____ PCP Phone _____ Fax _____

Referring Practice/Agency _____ Referring Person (print) _____

Referring Person Phone _____ Fax _____ Email _____

Date of form completion/sent with family _____ Date submitted for referral _____

Signature of person completing form _____ Date _____

For Children age 3 + I am requesting a developmental screening through Child Find to see if my child may need further evaluation for school-based services. Parent/Legal Guardian signature _____ Date _____

Authorization to Release Information (optional)

I authorize the Community Centered Board Early Intervention Colorado Program or Administrative Unit/ School District to share the following information with the referring practice/agency listed above.

- Eligibility outcome information (eligible/not eligible)
- Evaluation/Assessment results (range of delay for each developmental domain)
- Ongoing Early Intervention Services included on the Individualized Family Service Plan; or Special Education Services on the Individualized Education Plan, for the purpose of care coordination.

I understand that I may withdraw this consent by written request to the Community Centered Board Early Intervention Colorado Program or Administrative Unit/ School District. If consent is revoked, it does not apply to any actions that occurred before consent was revoked. I certify the authorization to release this information has been given freely and voluntarily. Information collected related to early intervention services or educational services may not be shared unless the person who consented to share this information specifically consents to it and/or the sharing this information is allowed by law. I understand I have a right to inspect and copy the information to be disclosed.

Signature _____ *Date _____
(Parent/Legal Guardian)

Update to Referral Source

- Passed developmental screen
- Family declined screening or evaluation
- Child evaluated on (date) _____
- No response from family after multiple attempts to contact

Outcome: Not Eligible for Preschool Special Education at this time
 Eligible for Preschool Special Education (Circle) PT OT ST Cognitive Social-Emotional

Evaluation Results (Early Intervention): Not Eligible for Early Intervention Services Eligible for Early Intervention Services
Percentage Delayed in: Adaptive _____ Cognitive _____ Communication _____ Physical _____ Social-Emotional _____



EARLY INTERVENTION (edades desde el nacimiento hasta los 3 años)

SCHOOL DISTRICT/CHILD FIND (edades desde los 3 hasta los 21 años)

Colorado Bluesky Enterprises
Fax: 719-542-3522
Phone: 719-583-2459

Pueblo City Schools
Fax: 719-253-5274
Phone: 719-423-3885

Pueblo County School District 70
Fax: 719-544-7248
Phone: 719-542-1671

FORMULARIO DE REMISIÓN Y DIVULGACIÓN

Nombre completo del hijo(a) _____ Género Hombre Mujer Fecha de Nacimiento _____
Nombre del Padre(s)/tutor legal _____ Número de teléfono _____
Dirección de la familia _____ Condado _____ Pueblo County _____

Correo electrónico de la familia _____ Número de teléfono alternativo _____

Idioma principal hablado por pariente(s)/ tutor legal/padre(s) adoptivo Inglés Español Otro _____

Etnicidad Blanco, No-Hispano/Latino Hispano/Latino Asiático Negro/Afroamericano Indio Americano/Nativo de Alaska Otro

Hijo(a) asiste a Head Start Preescolar del distrito escolar Preescolar privado Cuidado de niños Educar en casa N/A

Niño actualmente recibiendo terapia de PT (física) OT (ocupacional) ST (de habla) Otro: _____

Programa individualizado de educación/Plan de servicio familiar individualizado activa Sí No

Padre(s) tutor/parentesco (si es aplicable) _____ Número de teléfono _____
Nombre de Tutor ad litem (GAL) _____ Número de teléfono _____
CAPTA? Sí NO Asistente social asignado _____ Estatus legal del niño Padre con derecho de custodia
 Cuidado tutelar, derechos biológicos intacto Cuidado tutelar, derechos parentales revocados Otro, Explicación _____

¿Se ha completado una evaluación del desarrollo para este niño? (ASQ, Peds, etc.) NO Sí, envíe los resultados de la evaluación con la remisión.

Hay preocupaciones de posible retraso de desarrollo en la siguiente área(s) _____

Diagnóstico médico _____ Si es aplicable, Fecha de la pantalla de visión ___/___/___ Fecha de la pantalla de audición ___/___/___

Proveedor médico principal (PCP) _____ Número de teléfono de PCP _____ Fax _____

Consultorio/Agencia de referencia _____ Persona referente (imprimir) _____

Número de teléfono de persona referente _____ Fax _____ Correo electrónico _____

Fecha de finalización del formulario/enviado con la familia _____ Fecha de referencia _____

Firma de persona referente que completa el formulario _____ Fecha _____

Para niños de tres años o mayor Estoy solicitando una prueba de desarrollo a través de Child Find para ver si mi niño puede necesitar evaluación adicional para servicios basados de escuela.

Firma del padre/tutor legal _____ **Fecha** _____

Consentimiento Para Divulgar Información (opcional)

Yo autorizo al programa de Colorado de la intervención temprana de la junta centrada en la comunidad o unidad de administración /Distrito Escolar a compartir la información siguiente con la practica/agencia de referencia mencionada arriba.

- Resultados sobre la elegibilidad (elegible/no elegible)
- Resultados de la evaluación (margen de demora para cada dominio del desarrollo)
- Servicios de intervención temprana incluidos que continúa en el plan de servicio familiar individualizado; o servicios de educación especial en el plan de educación individualizado, con el propósito de la coordinación de atención.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento por medio de una solicitud escrita al programa de Colorado de la intervención temprana de la junta centrada en la comunidad o unidad de administración /Distrito Escolar. Si consentimiento es revocado, no se aplica a las acciones que ocurrieron antes de que el consentimiento fuera revocado. Yo certifico que esta autorización a divulgar esta información se ha dado libremente y voluntariamente. La información recopilada relacionada con los servicios de intervención temprana o servicios educativos no pueden ser compartidos a menos que la persona que consintió en compartir esta información consienta específicamente que se compártalo y/o compartir de esta información esté permitido por la ley. Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar y copiar la información que se divulgará.

Firma _____ *Fecha (Padre/Tutor Legal)

Update to Referral Source

- Pantalla de desarrollo aprobado
- El niño evaluado en (fecha) _____
- La familia rechazó la evaluación
- No hay respuesta de la familia después de varios intentos de contacto

Resultado: A esta hora no está elegible para educación especial de preescolar
 Elegible para educación especial de preescolar (circule) PT OT ST Cognitivo Emocional-Social

Resultados de la evaluación (Intervención temprano): No elegible por servicios de intervención temprano Elegible por servicios de intervención temprano
Porcentaje retrasado en: Adaptada _____ Cognitiva _____ Comunicación _____ física _____ Emocional-Social _____