



Early Intervention Colorado Referral and Release Form

For Infants and Toddlers- Birth through Two Years of Age Who May Need Early Intervention Services

Referral Information

Community Centered Board: _____ Fax: _____

Child's Name: _____ Boy Girl DOB: _____

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

Family's Address: _____ County: _____

Family's E-mail: _____ Alt Phone: _____

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

Primary Care Physician (PCP): _____ PCP E-mail: _____ Phone: _____

DHS REFERRALS ONLY CAPTA? YES NO

Legal Status of child:
 Biological parent custody, rights intact Foster/Kinship care, biological rights intact Foster/Kinship care, parent rights terminated

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

Foster/Kinship 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: _____

E-mail: _____ Case open? YES NO

Guardian ad Litem (GAL) Name: _____ Phone: _____

GAL E-mail: _____ Educational Decision-making authority? YES NO

Referring Practice/Agency: _____ Referring Person: _____

Referring Person Phone: _____ Referring Person Fax: _____

Referring Person E-mail: _____

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, send the screening results with the referral.**

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 the Established Condition Database located at www.eicolorado.org for a complete list of qualifying diagnoses.)
- B. There are concerns for possible delays in development in the following area(s):** _____
- Signed: _____ (referring person) Date of Referral: _____

Autorización para divulgar información (opcional)

Yo autorizo a la Mesa Comunitaria del Programa de Intervención Temprana de Colorado para compartir la siguiente información con la práctica / agencia mencionada anteriormente que hace la referencia.

- Información sobre los resultados de elegibilidad (califica / no califica)
- Resultados de la evaluación / revisión (margen de demora para cada área del desarrollo)
- Servicios continuos de Intervención Temprana incluidos en el Plan Individualizado de Servicios Familiares, con el propósito de la coordinación de atención.

Entiendo que puedo retirar esta autorización por medio de una petición por escrito dirigida a la Mesa Comunitaria del Programa de Intervención Temprana de Colorado. Si retiro la autorización, la revocación no aplica a las acciones que ocurrieron antes de que la autorización haya sido retirada.

Yo certifico que esta autorización para divulgar esta información se ha dado de forma libre y voluntaria. La información recopilada relacionada con los servicios de intervención temprana no puede ser compartida a menos que la persona que consintió en compartir esta información consienta específicamente que se comparta y/o que compartir esta información esté permitido por la ley. Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar y copiar la información a ser divulgada.

Firmada: _____ Fecha: _____
Padre, madre o tutor legal del niño(a)

* La autorización es vigente durante un período de 12 meses a partir de esta fecha

Para más información llame al 1-888-777-4041 o visite www.eicolorado.org