



# 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](http://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)*