**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:**  **North Metro Community Services Fax:** \_**303-452-5112**\_

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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Foster Parent(s) (if applicable): |  | Phone: |  |
| Foster 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 | CAPTA? YES NO |
| Legal Status of child Parental custody, rights intact Foster care, biological rights intact Foster care, parent rights terminated | | | |
| Other/Explain: | | | |

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**):

1. **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.)*

# 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 haciendo la referencia mencionada anteriormente.

* + Información sobre los resultados de elegibilidad (califica / no califica)
  + Resultados de la evaluación / revisión (margen de demora para cada área del desarrollo)
  + Servicios de Intervención Temprana incluidos en el Plan Individualizado de Servicios Familiares, incluyendo la frecuencia e intensidad 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 se revoca la autorización, la revocación no aplica a las acciones que ocurrieron antes de que la autorización haya sido revocada.

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 expresamente que se comparta y/o el intercambio de esta información esté permitido por la ley. Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar y copiar la información a ser revelada.

Firmado: \_Fecha: (*Padre, madre o tutor legal*)

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

***For more information call 1-888-777-4041 or visit*** [***www.eicolorado.org***](http://www.eicolorado.org/)**5/2012**