



Early Steps Southernmost Coast Referral Passport

(Serving Miami-Dade County south of Flagler Street through the Keys)



Southern Miami-Dade:
11440 N. Kendall Dr., Suite 109
Miami, FL 33176
Tel: (305) 929-8705
Fax: (305) 600-3713

IMPORTANT*** everything that has the **E** sign must be completed; if not the application will NOT be processed until we get the information.
IMPORTANTE** Todo lo que tenga el signo de **E** tiene que ser completado; si no es así la aplicación NO será procesada hasta que tengamos toda la información.

Submit application to: SMCESreferrals@fl.easterseals.com
Envíe su planilla llena a:

Received Date:
EIP USE ONLY

Florida Keys:
1111 12th Street, Unit 102
Key West, FL 33040

Date: (Fecha)	Referred by: (Referido por)	Reason for referral: (Razón para referir)
If agency referring, Agency: Contact name: Phone No.: provide:		
CHILD'S INFORMATION		
Do you have another child who currently/previously participated in the Early Steps South Program? If yes, do you know the name of the Service Coordinator? (¿Tiene otro niño que esté participando o haya participado en el programa de Pasos Tempranos-Miami/Sur? Si es así, por favor diga el nombre del Coordinador de Servicios) YES (Sí) NO		
Child's last name: (Apellido del niño)		First / Middle: (Nombre(s))
Birth date: Month(mes) Day(día) Year(año) (Fecha de nacimiento)		Social Security no.: (Número de Seguro Social) Sex: M F (Sexo)
Is your child hispanic or latino? (¿Es su niño hispano o latino?) Yes (Sí) No Please indicate child's race – mark all that apply (Por favor indique la raza del niño – marque todas la que apliquen): ☐ American Indian or Alaskan Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ White		
Was pregnancy full term? (¿Su embarazo fue a término?): Yes (Sí) No If not, please indicate how many weeks (Si no, por favor indique de cuantas semanas): Was your child diagnosed with any medical/developmental condition? Yes (Sí) No (¿Su hijo fue diagnosticado con alguna condición médica o de desarrollo?) If so, please list the condition(s) : (Si es así, enumere la(s) condición(es))		
Birth hospital(Hospital de nacimiento):		Birth Weight: lbs Oz or grams (Peso al nacer) (libras) (onzas) (o) (gramos)
PARENT / GUARDIAN INFORMATION		
Mother's Name: (Nombre de la madre)		Mother's Birth Date: (Fecha de nacimiento de la madre)
Father's Name: (Nombre del padre)		Father's Birth Date: (Fecha de nacimiento del Padre)
Mother's marital status at time of birth (Estado marital de la madre cuando el niño nació): ☐ Married ☐ Divorced ☐ Separated ☐ Single (Soltera) ☐ Widowed (Viuda) ☐ Living Together (Viviendo juntos) ☐ Unknown		
Please indicate mother's race (Raza de la madre): ☐ Black ☐ White ☐ Hispanic ☐ Haitian ☐ Asian ☐ Other ☐ Unknown		
Mother's educational level at time of birth (Nivel educativo de la madre cuando el niño nació): Elem Grade ☐ High School Grade ☐ College Level/Degree ☐ Post Grad ☐ Master's or Ph.D. ☐ Unknown ☐ None ☐		
What is the language in which you/caregiver use most often when you/caregiver speak to the child: (¿Qué idioma usted/el cuidador usa más seguido cuando habla con el niño/a?)		
Guardian's name, if other than parent: (Nombre de la persona con custodia, si es diferente de los padres)		
Street address: (Dirección)	Apt:	City: (Ciudad)
		Zip Code: (Código Postal)
		Phone No.: (Teléfono)

PARENT / GUARDIAN INFORMATION (CONTINUED)			
*Street address: (Dirección)	*Apt:	*City: (Ciudad)	*ZIP Code: (Código Postal)
*Best phone no. to be reached at: (Mejor teléfono para comunicarnos con Ud.) Best time to contact: (La mejor hora para contactarlo/a) Mornings (mañanas): Afternoon (tarde): Evening (noche):		Other phone no.: (Otro teléfono) Best time to contact: (La mejor hora para contactarlo/a) Mornings (mañanas): Afternoon (tarde): Evening (noche):	
*Email: (Correo electrónico) Does the parent/guardian consent to communication by email? ¿El padre/guardián acepta la comunicación por correo electrónico? Yes (Sí) No		*Language in Home: (Idioma que se usa en el hogar) *Language for Printed Info.: (Idioma preferido para información impresa) *Interpreter Needed: (¿Necesita traductor?) Yes (Sí) No	
Household size (Número de personas en el domicilio): # of Adults (adultos): # of Children - incl. referred child (niños, incluyendo el niño referido):			
Approximate Annual Household Income (Include any financial assistance, WIC, Food Stamps): (Ingreso anual de su hogar incluyendo cualquier asistencia financiera)			

****INSURANCE / PHYSICIAN INFORMATION****		
*Medicaid No. (if applicable): (Número de Medicaid)		
*Insurance Co.: (Compañía de seguro médico)	Phone No.: (Número de teléfono)	
*Claims Address: (Dirección para procesamiento de pagos)		
*Policy holder: (Titular de la póliza)	*Member No.: (Número de miembro)	*Group No.: (Número de grupo)
Is your child currently enrolled in CMS-Title XXI? (¿Está inscrito su niño en CMS-Título XXI?)		Yes (Sí) No
*Primary Care Physician/Pediatrician's name: (Nombre médico primario / pediatra del niño)		
Address: (Dirección)		Phone No.: (Teléfono)
ACCOMODATIONS (Adaptaciones): Are there any specific accommodations needed for evaluation appointment/ visit? Example: Wheel chair access (¿Necesita alguna adaptación específica para el día de la evaluación? Ejemplo: acceso para silla de ruedas.)		
Do you need transportation? (medically involved ONLY) ¿Necesita transporte? (SOLO con condición médica)		
*Appointment specification / Especificación de cita: (check all applicable / (marque los días que aplican) MONDAY/ Lunes TUESDAY/ Martes WEDNESDAY/ Miércoles THURSDAY/ Jueves FRIDAY/Viernes MORNING / Mañana AFTERNOON / Tarde NO PREFERENCE (soonest available) Sin preferencia (lo antes posible)		
All appointments will be scheduled within a 45 day period / Todas las citas serán programadas dentro de un periodo de 45 días.		

BIRTH / MEDICAL / DEVELOPMENTAL HISTORY	
Were there any problems with your pregnancy? If yes, please explain: (<i>¿Hubo complicaciones durante este embarazo? Por favor, indique.</i>)	
Were there any problems with your child's birth? If yes, please explain: (<i>¿Hubo complicaciones durante este parto? Por favor, indique.</i>)	
Are there ongoing health/medical concerns with your child? If yes, please explain. Please include seizures, equipment, treatments, etc. (<i>Tiene alguna preocupación recurrente con el cuidado médico de su niño/a? Por favor, especifique: convulsiones, equipos médicos, tratamientos, etc.</i>)	
Do you or anyone you know have specific concerns about your child's development? If yes, please explain: (<i>¿Tiene usted o algún conocido preocupaciones específicas en cuanto al desarrollo de su niño? Por favor, indique.</i>)	
Do you or anyone you know have specific concerns about your child's behavior? If yes, please explain: (<i>¿Tiene usted o algún conocido otras preocupaciones específicas sobre el comportamiento de su niño? Por favor, indique.</i>)	
Do you have any other concerns you would like to share with us? (<i>¿Tiene usted alguna otra preocupación que desee compartir con nosotros?</i>)	
⚠ ANY AT RISK CONDITIONS? (please review attached form and select the appropriate at risk condition as it applies) <i>¿EXISTEN CONDICIONES DE RIESGO? (Por favor revise la planilla adjunta y seleccione la condicion apropiada si aplica)</i> Yes - See attached form (<i>Sí - Ver planilla adjunta</i>) No	

Please include any additional documentation including prescription from pediatrician/specialist, therapy evaluation reports and medical diagnosis reports

Por favor incluya prescripcion del doctor/especialista o cualquier documentación adicional, incluidos los informes de evaluación de terapia y diagnóstico médico.

At-Risk Conditions (An Exhaustive List)	
Achondroplasia	
Birth Anomalies	
Gastroschisis	
Short Gut Syndrome	
Omphalocele	
Congenital Diaphragmatic Hernia	
Congenital Renal Failure	
Birth weight 1200 grams to 1500 grams	
Cataracts (Congenital)	
Chronic Heart Condition	
Congenital Contractural Arachnodactyly (Beals Syndrome, Hecht-Beals Syndrome)	
Congenital Heart Disease/Conditions	
Coarctation of the Aorta	
Tetralogy of Fallot	
Transposition of the Great Vessels	
Single Ventricle Defects	
Congenital/Neonatal Infection	
Newborn Group B Streptococcus Sepsis	
Group B Streptococcus Sepsis	
Meningitis	
Cytomegalovirus (CMV)	
Toxoplasmosis	
Glaucoma (Congenital)	
Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion	
Hypophosphatasia-Infantile	
Hypothyroidism (congenital)	
Intrauterine Growth Retardation (IUGR) - Severe	
Intraventricular Hemorrhage Grade II	
Klinefelter Syndrome	
Meconium Aspiration Syndrome/True Respiratory Distress Syndrome with Mechanical Respiratory Support	
Neonatal Abstinence Syndrome with evidence of clinical symptoms such as tremors, excessive high-pitched crying, hyperactive reflexes, seizures, and poor feeding	
Neonatal Seizures	
Noonan Syndrome	
Small for Gestational Age (SGA)	
Thrombocytopenia-Absent Radii Syndrome	
Traumatic Brain Injury	
Treacher-Collins Syndrome	
Vater Anomaly	
Waardenburg Syndrome, Types I and II	

Rev. 3/1/2018