



# Early Steps Southernmost Coast Referral Passport

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



Southern Miami-Dade:  
 9100 S Dadeland Blvd  
 Miami, FL 33156  
 Tel: (305)929-8705  
 Fax: (305)600-3713

**Received Date:**  
**EIP USE ONLY**

Date: (Fecha)	Referred by: (Referido por)	Reason for referral: (Razón por el referido)		
If agency referring, provide: Agency:		Contact name:	Phone No.: ( )	
<b>CHILD'S INFORMATION</b>				
Do you have another child that has participated in the early Steps South Program? If yes, who was their Service Coordinator? (Tiene otro niño que haya participado en el programa de Pasos Tempranos. Si es así por favor diga su Coordinador de Servicios) <input type="checkbox"/> YES SC <input type="checkbox"/> NO				
Child's last name: (Apellido del niño)		First / Middle: (Primer nombre)		
Birth date: (Fecha de nacimiento)		Month(mes)	Day(día)	Year(año)
/		Social Security no.: - - (Número de seguro social)		
Is your child hispanic or latino? (Es su niño hispano o latino?) <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No Please indicate child's race – mark all that apply (Por favor indique la raza del niño – marque todas la que apliquen): <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> White				
Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Was pregnancy full term? (Su embarazo fue de tiempo completo?): <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No If not, please indicate how many weeks (Si no, por favor indique de cuantas semanas):		
Birth hospital: (Hospital de nacimiento)		Birth Weight: lb oz <u>or</u> gms (Peso al nacer)		
<b>PARENT / GUARDIAN INFORMATION</b>				
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 (Estatus marital de la madre cuando el niño nació): <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Single (Soltera) <input type="checkbox"/> Widowed (Viuda) <input type="checkbox"/> Living Together (Viviendo juntos) <input type="checkbox"/> Unknown				
Please indicate mother's race (Raza de la madre): <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Haitian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown				
Mother's educational level at time of birth (Nivel educacional de la madre cuando el niño nació): Elem Grade High School Grade College Level/Degree Post Grad <input type="checkbox"/> Master's or Ph.D. <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/>				
What is the language in which you/caregiver use most often when you/caregiver speak to the child: ¿Qué idioma usted/persona con custodia 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: (Direccion)		City: (Ciudad)	State: FL	Zip Code: (Codigo Postal)
				Phone No.: Telefono:

**PARENT / GUARDIAN INFORMATION (CONTINUED)**

Street address: (Dirección)	City: (Ciudad)	State: FL (Estado)	ZIP Code: (Código Postal)
Best phone no. to be reached at: ( ) (Mejor telefono para comunicarse)		Other phone no.: ( ) (Otro teléfono)	
Email: (Correo electronico)		Language in Home: (Idioma que se usa en el hogar)	
Language for Printed Info.: (Idioma preferido para info. impresa)		Interpreter Needed: : <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> 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 reclamos)		
Policy holder: (Persona con 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?) - <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No		
Primary Care Physician/Pediatrician's name: (Nombre del doctor / pediatra del niño)		
Address: (Dirección)		

BIRTH / MEDICAL / DEVELOPMENTAL HISTORY

Were there any problems with your pregnancy? If yes, please explain: (*¿Hubo complicaciones durante este embarazo? Por favor, indique.*)

Were there any problems with your child's birth? If yes, please explain: (*¿Hubo complicaciones durante este parto? Por favor, indique.*)

Are there ongoing health/medical concerns with your child? If yes, please explain. Please include seizures, equipment, treatments, etc. (*Tiene alguna preocupación recurrente con el cuidado médico de su niño? Por favor, especifique: convulsiones, equipos médicos, tratamientos, etc.*)

Do you or anyone you know have specific concerns about your child's development? If yes, please explain: (*¿Tiene usted o algún conocido preocupaciones específicas en cuanto al desarrollo de su niño? Por favor, indique.*)

Do you or anyone you know have specific concerns about your child's behavior? If yes, please explain: (*¿Tiene usted o algún conocido otras preocupaciones específicas sobre el comportamiento de su niño? Por favor, indique.*)

Do you have any other concerns you would like to share with us? (*¿Tiene usted alguna otra preocupación que desee compartir con nosotros?*)

**\*PLEASE BE SURE TO INCLUDE PRESCRIPTION FROM PEDIATRICIAN/SPECIALIST FOR EVALUATION & TREATMENT IN EARLY STEPS!!**

**\*POR FAVOR ASEGURESE DE INCLUIR LA PRESCRIPCION DEL PEDIATRA O ESPECIALISTA PARA LA EVALUACION Y TRATAMIENTO EN EARLY STEPS!!**