



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 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 tiene que ser completado; si no es así la aplicación NO será procesada hasta que tengamos toda la información.

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, provide:	Agency:	Contact name: Phone No.:
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: (Fecha de nacimiento)	Month(mes) Day(día) Year(año) 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): <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		
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): <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 educativo de la madre cuando el niño nació): Elem Grade <input type="checkbox"/> High School Grade <input type="checkbox"/> College Level/Degree <input type="checkbox"/> 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/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.)		Other phone no.: (Otro teléfono)		
Best time to contact: (La mejor hora para contactarlo/a)		Best time to contact: (La mejor hora para contactarlo/a)		
Mornings (mañanas): Afternoon (tarde): Evening (noche):		Mornings (mañanas): Afternoon (tarde): Evening (noche):		
Email: (Correo electrónico)		*Language in Home: (Idioma que se usa en el hogar)		
Does the parent/guardian consent to communication by email? ¿El padre/guardián acepta la comunicación por correo electrónico?		*Language for Printed Info.: (Idioma preferido para información impresa)		
Yes (Sí) No		*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	MORNING / Mañana	NO PREFERENCE (soonest available)
TUESDAY/ Martes	AFTERNOON / Tarde	Sin preferencia (lo antes posible)
WEDNESDAY/ Miércoles	*Lower Keys appointments are on Wednesday ONLY	
THURSDAY/ Jueves	*Citas para Lower Keys SOLO los Miercoles	
FRIDAY / Viernes		
Appointments with specification may result in delayed scheduling / Las citas con especificación pueden retrasar la programación.		

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/a? 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?*)

† ANY AT RISK CONDITIONS? (please review attached form and select the appropriate at risk condition as it applies)
¿EXISTEN CONDICIONES DE RIESGO? (Por favor revise la planilla adjunta y seleccione la condicion apropiada si aplica)

Yes - See attached form (*Sí - Ver planilla adjunta*)

No

***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!!**

Please also include any additional documentation including therapy evaluation reports and medical diagnosis reports

Incluya también cualquier documentación adicional, incluidos los informes de evaluación de terapia y los informes de 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

Child Information

Child's Name:	ES Child ID #:	Date of birth (mm/dd/yyyy):
Service Coordinator Name:		

Technology Checklist
In order to qualify for telemedicine/virtual visits, a family must meet the requirements below.

Do you have access to a computer, smartphone, or tablet with a camera and speakers?
 Computer Smartphone Tablet None

Do you have an email address that can be used for scheduling virtual visits?
 Yes No Email address:

Do you have access to a reliable and secure internet connection at home?
 Yes No

Does the bandwidth in your home meet the recommended upload and download speeds of 1.2 Mbps for high quality video over the internet?
 Yes No Unsure

If unable to connect to the internet using secure Wi-Fi, do you believe the data plan for your smartphone and/or tablet would accommodate the use of virtual visits?
 Yes No Unsure

Have you used video conferencing or chat in the past?
 Yes No

Notes:

Person's name completing the interview and date:

The use of telemedicine/virtual visits is only allowable at this time due to COVID-19 and is not a permanent service delivery option. This temporary policy will be in effect until May 31, 2020, or when Florida's public health emergency is lifted, whichever date is soonest.