



Early Steps Southernmost Coast Referral Passport

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



Southern Miami-Dade:
 17615 SW 97 Avenue (Franjo Road)
 Palmetto Bay, FL 33157
 Tel: (786) 268-2611
 Fax: (786) 268-1748

Monroe County:
 Toll-Free (888) MCH-STEPS
 888-624-7837

Date: <i>(Fecha)</i>	Referred by: <i>(Referido por)</i>	Reason for referral: <i>(Razón por el referido)</i>
If agency referring, provide: Agency: _____ Contact name: _____ Phone No.: () _____		
CHILD'S INFORMATION		
Child's last name: <i>(Apellido del niño)</i>	First / Middle: <i>(Primer nombre)</i>	
Birth date: <i>(Fecha de nacimiento)</i>	Social Security no.: <i>(Número de seguro social)</i>	
Is your child hispanic or latino? <i>(Es su niño hispano o latino?)</i> <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No		
Please indicate child's race – mark all that apply <i>(Por favor indique la raza del niño – marque todas la que apliquen):</i>		
<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? <i>(Su embarazo fue de tiempo completo?)</i> : <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No	
If not, please indicate how many weeks <i>(Si no, por favor indique de cuantas semanas):</i>		
Birth hospital: <i>(Hospital de nacimiento)</i>	Birth Weight: lb oz <u> </u> gms <i>(Peso al nacer)</i>	
PARENT / GUARDIAN INFORMATION		
Mother's Social Security No.: <i>(Número de seguro social de la madre)</i>	Mother's Name: <i>(Nombre de la madre)</i>	
Mother's Birth Date: <i>(Fecha de nacimiento de la madre)</i>		
Mother's marital status at time of birth <i>(Estatus marital de la madre cuando el niño nació):</i>		
<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Single <i>(Soltera)</i> <input type="checkbox"/> Widowed <i>(Viuda)</i> <input type="checkbox"/> Living Together <i>(Viviendo juntos)</i> <input type="checkbox"/> Unknown		
Please indicate mother's race <i>(Raza de la madre):</i>		
<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 <i>(Nivel educacional de la madre cuando el niño nació):</i>		
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"/>		
Father's Social Security No.: <i>(Número de seguro social del padre)</i>	Father's Name: <i>(Nombre del padre)</i>	
Father's Birth Date: <i>(Fecha de nacimiento del padre)</i>		
Guardian's name, if other than parent: <i>(Nombre de la persona con custodia, si es diferente de los padres)</i>		

PARENT / GUARDIAN INFORMATION (CONTINUED)

Street address: <i>(Dirección)</i>	City: <i>(Ciudad)</i>	State: FL <i>(Estado)</i>	ZIP Code: <i>(Código Postal)</i>
Best phone no. to be reached at: () <i>(Mejor telefono para comunicarse)</i>		Other phone no.: () <i>(Otro telefono)</i>	
Email: <i>(Correo electronico)</i>		Language in Home: <i>(Idioma que se usa en el hogar)</i>	
Language for Printed Info.: <i>(Idioma preferido para info. impresa)</i>		Interpreter Needed: : <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	
Household size <i>(Número de personas en el domicilio)</i> : # of Adults <i>(adultos)</i> : # of Children - incl. referred child <i>(niños, incluyendo el niño referido)</i> :			
Approximate Annual Household Income (Include any financial assistance, WIC, Food Stamps): <i>(Ingreso anual de su hogar incluyendo cualquier asistencia financiera)</i>			

INSURANCE / PHYSICIAN INFORMATION

Medicaid No. <i>(if applicable)</i> : <i>(Número de Medicaid)</i>		
Insurance Co.: <i>(Compañía de seguro médico)</i>	Phone No.: () <i>(Número de telefono)</i>	
Claims Address: <i>(Dirección para reclamos)</i>		
Policy holder: <i>(Persona con poliza)</i>	Member No.: <i>(Número de miembro)</i>	Group No.: <i>(Número de grupo)</i>
Is your child currently enrolled in CMS-Title XXI? <i>(¿Está inscrito su niño en CMS-Título XXI?)</i> - <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No		
Primary Care Physician/Pediatrician's name: <i>(Nombre del doctor / pediatra del niño)</i>		
Address: <i>(Dirección)</i>		

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?*)