



DOERNBECHER  
CHILDREN'S  
Hospital

# 欢迎来到 Child Development and Rehabilitation Center 和 OHSU Doernbecher Children's Hospital

您选择我们来为您的孩子提供护理，我们倍感荣幸。我们的目标是以尊重患者的方式及时为患者提供最高质量的护理。

在下一页，我们为您提供了一个文件列表，您需要获得这些文件，以帮助我们对您的孩子进行评估。

您必须返回我们要求的所有文件，我们才会将您的孩子列入预约等候名单。请尽快通过邮寄、传真或电子邮件方式将这些文件送至：

Oregon Health & Science University  
Attention: CDRC  
PO Box 574  
Portland OR 97207-0574  
传真：503 494-4447  
电子邮件：cdrcnorthunit@ohsu.edu

如果您在填写这些表格时有任何疑问或问题，或需要以其他语言提供的资料，请致电 877-346-0640。

请用黑色墨水填写所有表格，将您邮寄的所有文件备份，并保留好原件。

感谢您付出时间和精力填写并返回文件包。期待早日为您和您的家人提供服务。

如果您需要以其他语言提供的资料，请致电 877-346-0640。



## 关于 CDRC 评估的常见问题解答

### 我应该何时打电话确认孩子的转诊状态？

CDRC 每周都会收到大量转诊请求，我们会尽力在 48 小时内将您转接到 OHSU 登记部。如果您在 5 个工作日内未接到我们的通知，请致电 503-346-0640。

### 我何时会收到收治文件包？

请致电 503-494-8505 以更新孩子的注册信息，请一定要完成这一步（即使您以前与 CDRC 有过合作）。来电前请准备好您的保险卡。联系登记部后，您的收治文件包将在 10 个工作日内送达。

### 我需要在门诊项目的等候名单上等待多久？

CDRC 目前有几个不同的评估门诊。我们根据患者的年龄、症状、诊断结果（如果已知）和返回收治文件包中提供的信息将其分配到具体的门诊。不同门诊的等候时间各不相同，您在返回预约文件包后可能需要等待几个月的时间。

### 我应该何时打电话确认孩子是否在门诊项目的等候名单上？

您可以来电确认我们是否收到了您返回的收治文件包（请自行备份您邮寄的所有文件）；如有任何信息（例如地址或电话）发生变更，您也应该及时来电告知我们。但是，请等待 90 天后再来电确认孩子是否在等候名单上，因为我们通常需要这么长的时间来处理信息。

### 我的保险是否会承保此费用？

我们与大多数保险计划都有合作，但每份保单都是不同的。我们建议您尽早联系您的保险公司，以确保我们的服务在承保范围内，确保我们在您的提供者网络内，同时确保任何所需的授权都已提前安排妥当。学习障碍测试（如需要）通常不在医疗保险的承保范围内，并且可以由您所在的学区完成。

### 我能否带其他孩子赴约？

在整个就诊期间（时长从 1.5 小时到 6 个小时不等），您都必须在场。请让其他兄弟姐妹和家庭成员待在家中，不要一同赴约。



# Child Development and Rehabilitation Center

## 社区资源

### 现在该怎么办？

在俄勒冈州，本地社区提供诸多面向家庭的资源。不必等待 Child Development and Rehabilitation Center (CDRC) 完成子女评估，立即获得亟需支持。请尽快行动！

### 如果您的子女需要发育支持：

倘若您担心子女的成长问题，那么 Education Service District（地区教育服务）可为您的家庭提供帮助。他们可提供测试或学习建议。通过各种方法，评估您子女的思维和学习能力、自理能力、沟通能力、感官系统和/或动作活动技能。

#### 0 至 5 岁的儿童：

##### 婴幼儿

通过所在郡县的早期干预 (EI) 或早期幼儿特殊教育 (ECSE) 计划，为 0 至 5 岁的儿童寻求帮助。访问 <https://bit.ly/2XVGNsw>，了解更多信息。

##### Head Start（启蒙教育）计划

Early Head Start（早期启蒙教育）计划适用于孕妇和婴幼儿。Head Start 计划适用于 3 至 5 岁的儿童。两大计划旨在帮助儿童做好入学准备。其中包括教育、健康和食品服务。另提供面向旅居家庭或季节性农场工人的相关服务。如需更多信息，请访问 [www.ohsa.net](http://www.ohsa.net)。

### 如果您的子女在学校需要支持：

倘若您子女已入学，则其可以从您所在学区获得特殊教育支持。请联系您子女所在学校，着手安排相关流程。**不必等待 CDRC 给出评估结果，立即开始获取学校支持。**

如需协助获取学校服务，请联系：

FACT Oregon（俄勒冈州 FACT）.....	1-888-988-3228	<a href="http://factoregon.org_or">http://factoregon.org_or</a>
Washington PAVE（华盛顿州 PAVE）.....	253-565-2266	<a href="http://www.wapave.org">http://www.wapave.org</a>
Stand for Children（代表儿童）.....	800-663-4032	<a href="http://stand.org/oregon">http://stand.org/oregon</a>

### 如果您的家庭需要学校以外的服务：

即便您的子女尚未确诊为自闭症，您也可以通过社区服务提供者获得支持服务。

#### 技能发展与练习：

请向您子女的医生咨询转诊事宜。致电您的保险公司，了解您家附近有哪些承保的提供者。您的保险卡印有您保险公司的电话号码。

- 言语-语言病理医生可协助提升沟通技巧，例如听力、交谈，以及一起玩耍等社交技能。
- 职业治疗师可协助提升运动能力、日常生活技能，以及对噪音和质感的反应等感官差异。



# Child Development and Rehabilitation Center

## 社区资源

### 行为及心理健康支持:

子女存在发育差异的家庭可获得心理健康提供者的支持。此类提供者专注于帮助家庭应对具有挑战性的行为或其他担忧，例如焦虑或 ADHD（注意力不足过动症）。您的保险公司可协助您找到具备资质的提供者。如需查找此类心理健康服务：

如果您有私人保险：  
查看您保险卡所列的电话号码。

如果您参与 Oregon Health Plan（俄勒冈健康计划）：  
致电您当地的协调医疗组织 (CCO)，以了解此类服务详情。访问 <https://bit.ly/2D5E5lg>，  
查找 CCO 列表

如果您有华盛顿州 Medicaid：  
致电您的管理式医疗计划。访问 <https://bit.ly/2VBEITO>，查找管理式护理计划列表

### 还可获得其他哪些帮助？

在俄勒冈州，数个支持小组可为家庭和存在发育差异的儿童提供服务。其中包括：

- **俄勒冈有特殊健康需要的儿童和青少年服务中心 (OCCYSHN)**  
[www.occyshn.org](http://www.occyshn.org) 或 503-494-8303
- **CaCOON Care（CaCOON 护理）**  
由公共健康家访护士提供的协调服务。<http://www.ohsu.edu/xd/outreach/occyshn/programs-projects/cacoon.cfm>
- **FACT Family Support（FACT 家庭支持）**  
[www.factoreregion.org](http://www.factoreregion.org) 或 1-888-988-3228
- **Oregon Family to Family（俄勒冈家庭之家）**  
为育有具特殊医疗健康需求的儿童和青少年的家庭提供信息。  
[www.oregonfamilytofamily.org](http://www.oregonfamilytofamily.org) 或 1-855-323-6744（**西班牙语：**503-931-8930）
- **俄勒冈州/华盛顿州自闭症协会 (ASO)**  
无论儿童的医疗诊断结果如何，ASO 均可提供支持和建议。  
<https://autismsocietyoregon.org> 或 1-888-Autism-1 (1-888-288-4761)

其他支持包括：

- 本地玩伴小组
- 面向育有差异儿童的本地父母小组
- 本地公园和娱乐中心针对亟需更多支持的儿童而开设的课程



CHILD DEVELOPMENT AND REHABILITATION CENTER

## 收治文件包

您必须提供以下文件，我们才会将您列入预约等候名单。如果您在填写这些表格时有任何疑问或问题，或需要以其他语言提供的资料，请致电 503-346-0640。

*请将您邮寄的所有文件备份，并保留好原件。请用黑色墨水填写所有表格。*

### 需要您填写的文件：

- OHSU Child Development and Rehabilitation Center 患者病史
- 请致电 503-494-8505 联系患者登记部，以创建或更新您孩子的 OHSU 账户。来电前请准备好保险信息。

### 需要您从学校获得的文件：

*如果您希望学校直接向我们提供信息，须随附一份信息披露同意书。*

- 教师调查问卷  
*该调查问卷可由教师、治疗师、日托提供者或家访员填写。*

如果您的孩子参加了个性化家庭服务计划 (IFSP)，还需提供：

- 个性化家庭服务计划 (IFSP) 的副本（如有）
- 最近一次测试或特殊教育资格测试的副本（如有）

### 其他信息（可选）：

可以考虑提供任何以前与学习、语言、感官/运动技能或行为相关的测试的副本，和/或当前干预/治疗提供者出具的最新进展记录的副本。

### 您可以将文件包邮寄至：

Intake Coordinator  
Child Development and Rehabilitation Center (CDRC)  
901 E 18th Avenue  
Eugene, OR 97403

### 您也可以通过传真或电子邮件发送文件：

传真：503-346-6918  
电子邮件：eugenereferrals@ohsu.edu



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY**  
患者病史

账号  
病历号  
姓名  
出生日期

患者身份信息

请尽可能完整地填写此表格。如果需要，请附另纸。

您的姓名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

与孩子的关系： \_\_\_\_\_ 谁是孩子的法定监护人？ \_\_\_\_\_

您的孩子喜欢别人怎么叫他/她？ \_\_\_\_\_

如果在家里还说其他的语言，孩子对哪种语言的理解力最好？ \_\_\_\_\_

哪种语言孩子说得最多？ \_\_\_\_\_

如果孩子是收养的，请勾选，并列出生国家： \_\_\_\_\_ 收养时的年龄： \_\_\_\_\_

1. 您最担心的是什么？
2. 这些问题是什么时候开始的？
3. 孩子为这些问题做了哪些检查或治疗？
4. 已经尝试了哪些办法（包括药物）来提供帮助？
5. 您的孩子喜欢做什么？
6. 您希望从这次面诊得到什么样的结果？
7. 您觉得自己在哪些方面需要最多的帮助？



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY**  
患者病史

账号  
病历号  
姓名  
出生日期

患者身份信息

第 2 页，共 9 页

## 目前的药物、饮食、其他健康护理需求

请列出您的孩子现在正在服用的所有药物（医生处方药、非处方药、维生素和补充剂）。  
（如果需要，请附另纸）

孩子去年做过视力检查吗？

做过       没有      检查结果：     通过       没有通过

孩子去年做过听力检查吗？

做过       没有      检查结果：     通过       没有通过

孩子的免疫接种都按时完成了吗？

是的       没有       不知道

过敏（请列出）：

药物       食物       其他       据知没有



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY**  
患者病史

账号  
病历号  
姓名  
出生日期

第 3 页, 共 9 页

患者身份信息

### 怀孕和生产史

孩子出生时生母的年龄: \_\_\_\_\_

孩子的生母怀孕过多少次? \_\_\_\_\_

这个孩子是第几次怀孕生的? \_\_\_\_\_

是否有过自然流产或人工流产?

是的       多少次? \_\_\_\_\_

没有       不知道

孩子是寄养或收养的, 围产期历史有限

生母有酗酒问题 (请解释)	是	否
生母曾使用娱乐性/街头毒品: (请解释)		
生母经历过巨大的压力、情感创伤、身体创伤		
怀孕期间的其他严重疾病/并发症 (请解释):		

怀孕期间, 孩子的生母是否有:	是	否
糖尿病		
高血压		
破水发生在分娩前24小时以上		
生母曾使用处方药: (请解释)		
生母吸烟 (请解释)		

分娩	是	否
引产		
<input type="checkbox"/> 使用镊子或/真空抽吸法		
剖腹产		
双胞胎或多胞胎		
<input type="checkbox"/> 孩子早产; 早产的周数: _____		
<input type="checkbox"/> 孩子晚产; 超过预产期周数 _____		
出生体重: _____ 身高: _____		
其他复杂情况: (请解释)		





**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY**  
患者病史

账号

病历号

姓名

出生日期

患者身份信息

**怀孕和生产史 (继续)**

出生后，孩子有：	是	否
严重的呼吸困难		
感染		
黄疸		
静脉输液或插管喂食		
癫痫发作或抽搐		
需要入住重症监护室 (NICU)		
孩子在第_____天出院回家		
其他问题：(请解释)		

皮肤	是	否
湿疹或荨麻疹		
其他皮肤病 (请解释)：		
胎记 (请解释)：		

心肺功能 (心/肺)	是	否
哮喘		
慢性咳嗽		
肺炎		
心脏杂音或先天性心脏缺陷		
其他问题 (请解释)：		

**系统检查 (所有年龄段)**

眼睛、耳朵、鼻子、口腔、咽喉	是	否
视力或眼睛问题		
听力问题		
经常性耳朵感染		
牙齿问题		
喂食时窒息或吞咽困难		
其他问题：(请解释)		



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY**  
患者病史

第 5 页，共 9 页

账号  
病历号  
姓名  
出生日期

患者身份信息

腹部（胃/肠）	是	否
腹痛		
胃口不佳		
挑食		
痉挛性呕吐		
经常便秘		
经常腹泻		
其他问题（请解释）：		

肌肉和骨骼结构	是	否
髋关节发育不良或脱位		
脚或腿部畸形		
脊柱侧弯或其他背部畸形		
其他问题（请解释）：		

生殖器/泌尿道	是	否
尿床		
泌尿道或肾脏感染		
日间尿裤子		
对女孩子，月经是否已经开始		
其他问题：（请解释）：		

神经系统	是	否
经常头痛		
惊厥或抽搐		
瞪眼凝视		
肌肉抽搐，无法控制的抽动		
头部严重受伤或失去知觉（请解释）：		
其他问题（请解释）：		



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY**  
患者病史

账号  
病历号  
姓名  
出生日期

说话和语言	是	否	不知道
说话（发声）延迟			
您或其他人在理解您的孩子方面有问题吗？			
在家里还说其他的语言吗？			

睡眠	是	否	不知道
打呼声音很大			
入睡/保持睡眠有困难			
其他问题（请解释）：			

发育	年龄	不知道
翻身		
能够在没有支撑的情况下坐着		
学会爬了		
可以自己走路		
学会骑三轮车了		
学会骑自行车了		
开始咿呀学语（听起来像“baba”或“dada”）		
玩一些游戏，如“躲猫猫”（peek a boo）、“拍手歌”（pat a cake）		
可以指向想要的东西		
使用“妈妈”和“爸爸”以外的第一个词		
使用2-3个词的短语		
使用句子		
白天自己上厕所		



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY**  
患者病史

账号  
病历号  
姓名  
出生日期

**家庭史** (请填写每个字段, 并列出的所有家庭成员, 或者如果知道的话, 包括寄养或收养孩子的家庭成员)

生母姓名: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_

医疗、心理健康或学校/学习问题?  是  否

住在孩子家吗?  是  否

生父姓名: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_

医疗、心理健康或学校/学习问题?  是  否

住在孩子家吗?  是  否

重要家庭成员:

姓名: \_\_\_\_\_ 与患者的关系: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_

住在孩子家吗?  是  否

姓名: \_\_\_\_\_ 与患者的关系: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_

住在孩子家吗?  是  否

姓名: \_\_\_\_\_ 与患者的关系: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_

住在孩子家吗?  是  否

姓名: \_\_\_\_\_ 与患者的关系: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_

住在孩子家吗?  是  否

姓名: \_\_\_\_\_ 与患者的关系: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_

住在孩子家吗?  是  否

姓名: \_\_\_\_\_ 与患者的关系: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_

住在孩子家吗?  是  否



亲生父母家庭的病史： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 社会历史

孩子、照顾者或兄弟姐妹患有严重疾病或遭受严重伤害  是  否

无家可归  是  否

食物匮乏  是  否

因失去工作或收入而造成家庭压力  是  否

财务不稳定性  是  否

交通不稳定性  是  否

您是否有兴趣与可以帮助您的资源建立联系，以解决您在上面勾选的任何项目？

发生在家庭或住所中的事件有时会对一个人的行为和学习产生影响。

如果您更愿意当场亲自回答这部分的表格内容，请在这里打勾

请勾选患者是否有过以下经历：

- 父母一方有情绪或心理健康疾病
- 父母之间关于育儿有冲突
- 曾涉及少年法庭或司法系统
- 曾涉及社会服务/儿童保护服务机构
- 抚养权争议
- 寄养安置
- 父母滥用药物/酗酒
- 在家时曾暴露在家庭暴力/身体暴力的环境中



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY**  
患者病史

账号  
病历号  
姓名  
出生日期

第 9 页，共 9 页

患者身份信息

- 家长或兄弟姐妹的死亡
- 由咨询师、心理学家或精神病学家进行治疗
- 被忽视
- 身体虐待
- 性虐待
- 家长分居或离婚

### 儿童保育和教育

您的孩子是否上托儿所、学校或学前班？  是  否

学校/计划的名称： \_\_\_\_\_ 目前的年级： \_\_\_\_\_

他们现在或过去是否参加过早期干预或特殊教育计划？  是  否

孩子是否会得到任何其他支持？

- 个性化教育计划 (IEP)
- 个性化家庭服务计划 (IFSP)
- Title I 支持
- 504 计划

请选择您的孩子接受的任何支持（如果知道）。请选择所有适用项：

- 学习中心/资源室
- 语言治疗
- 职业治疗
- 物理疗法
- 行为计划
- 喂养计划或协议
- Title I、504 计划
- 不知道

心理健康/咨询（为什么？多长时间了？）： \_\_\_\_\_

您觉得孩子是否需要获得在家中或学校里都无法获得的额外帮助？ \_\_\_\_\_

其他（请注明）： \_\_\_\_\_

### 其他信息

关于您的孩子，还有什么我们需要了解的情况吗？如有需要，请附另纸。

---

---

---



DOERNBECHER  
CHILDREN'S  
*Hospital*

CHILD DEVELOPMENT AND REHABILITATION CENTER

## Dear Teacher:

The parent(s)/guardian(s) of one of your students is seeking to have their child evaluated at the Child Development and Rehabilitation Center at Oregon Health & Science University. As part of the evaluation process, we are requesting the following information to assist us with the diagnosis and treatment of your student.

Please use black ink on all forms; make a copy of anything you send, and always keep your originals.

**Items to complete:**

- Teacher Information Form (enclosed)

**Items to provide to parent:**

- Copy of Individualized Family Service Plan (IFSP) (if applicable)
- Copy of most recent special education eligibility testing (if applicable)

*We ask that you complete the questionnaires and provide us with any other information as soon as possible as we are unable to begin the student's evaluation without it. Your time and cooperation in this matter are greatly appreciated.*

You may give the completed questionnaires and other information directly to your student's parent or guardian for them to return to us. If the parent/guardian has signed a release of information, you may return the questionnaire directly to us at:

Oregon Health & Science University  
Attention: CDRC  
PO Box 574  
Portland OR 97207-0574  
Fax: 503-494-4447  
email: [cdrcnorthunit@ohsu.edu](mailto:cdrcnorthunit@ohsu.edu)

Thank you for your assistance with the evaluation process.



## BRIEF TEACHER BEHAVIORAL QUESTIONNAIRE

**Institute on Development  
and Disability (IDD)**

Child Development and  
Rehabilitation Center

Teacher's name: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_

School Phone Number: \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_\_

tel 503-346-0640

877-346-0640

fax 503-494-4447

cdrcnorthunit@ohsu.edu

Mail code: CDRC

PO Box 574

Portland, OR 97207-0574

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

What are this student's biggest strengths as a student and classmate?

---

---

---

Do you have any concerns about the student's behavior? If yes, please briefly describe.

---

---

---

Does the student's behavior interfere with their academics? If yes, please briefly describe.

---

---

---

How does the student interact with his/her peers? (Does his/her behavior get in the way?)

---

---

---

---



Do you have any other concerns about the student?

---

---

---

What do you think this student needs to be successful in an educational environment?

---

---

---

Does the student receive any extra services at school? (i.e., IEP, 504 plan or other) If yes, please briefly describe.

---

---

---

---

Has the student had any previous testing done at school? If yes, please briefly summarize or provide copies of the results.

---

---

---

Please feel free to use additional sheets, if necessary.

---

---

---

---

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_