



DOERNBECHER  
CHILDREN'S  
*Hospital*

## Bienvenido al Child Development and Rehabilitation Center y al Doernbecher Children's Hospital de OHSU

Nos enorgullece que nos haya elegido para que atendamos a su hijo. Nuestro objetivo es darle atención de la mejor calidad de manera respetuosa y oportuna.

En la página siguiente, ofrecemos una lista de los documentos que debe conseguir para ayudarnos con la evaluación de su hijo.

Necesitamos que devuelva todos los documentos requeridos para poder colocar a su hijo en una lista de espera para una consulta. Envíe los documentos por correo postal, fax o correo electrónico a nuestra oficina tan pronto como sea posible:

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

Si tiene alguna pregunta o problema para completar estos formularios, o necesita esta información en otro idioma, llame al 877-346-0640.

**Utilice tinta negra en todos los formularios, haga una copia de todos los documentos que envíe por correo y siempre guarde los originales.**

Gracias por su tiempo y esfuerzo para completar y devolver el paquete. Será un placer colaborar con usted y su familia.

*Si necesita esta información en otro idioma, llame al 877-346-0640.*



CHILD DEVELOPMENT AND REHABILITATION CENTER

## Paquete de admisión

Necesitamos que consiga los siguientes documentos antes de que podamos colocarlo en la lista de espera para una cita. **Si tiene alguna pregunta o problema para completar estos formularios, o necesita esta información en otro idioma, llame al 503-346-0640.**

*Haga una copia de todos los documentos que envíe por correo y siempre guarde los originales. Complete todos los formularios con tinta NEGRA.*

### Documentos que debe conseguir:

- Llame al registro de pacientes al 503-494-8505 para configurar o actualizar la cuenta de su hijo con OHSU. Tenga a mano la información del seguro cuando llame.

### Documentos que debe pedir a la escuela:

*Se adjunta un formulario de revelación de información si quiere que la escuela nos envíe esta información directamente.*

- Cuestionario del maestro  
*Lo puede completar un maestro, terapeuta, proveedor de cuidado infantil u otra visita en casa.*

**Si su hijo tiene un Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP), también incluya:**

- Copia del Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP) (si corresponde)
- Copia de las pruebas más recientes o pruebas de elegibilidad para educación especial (si corresponde)

### Otra información (opcional):

Considere incluir copias de cualquier prueba anterior relacionada con el aprendizaje, lenguaje, habilidades sensoriales/motoras o comportamiento O notas recientes de la evolución por parte de los proveedores de intervención actuales

### Puede enviar el paquete por correo al:

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

### También puede enviar los documentos por fax o correo electrónico al:

Fax: 503-346-6918  
Correo electrónico: eugenereferrals@ohsu.edu



# Child Development and Rehabilitation Center

## Recursos de la comunidad

### ¿Qué podemos hacer ahora?

Hay muchos recursos en las comunidades locales para familias en Oregon. No es necesario que espere hasta recibir la evaluación del Child Development and Rehabilitation Center (CDRC) de su hijo para usar estos apoyos. ¡Puede comenzar ahora!

### Si su hijo necesita apoyo para el desarrollo:

Si está preocupado por el progreso de su hijo, el Distrito de Servicios Educativos podría ayudar a su familia. Pueden ofrecerle pruebas o ideas de aprendizaje. Estos métodos evalúan el pensamiento y el aprendizaje de su hijo, el cuidado personal, la comunicación, el sistema sensorial o sus habilidades motrices.

#### *Niños de 0 a 5 años:*

##### Bebés y niños pequeños

Encuentre ayuda para niños de 0 a 5 años mediante los programas de intervención temprana (EI) o educación especial para la primera infancia (ECSE) de su condado. Obtenga más información en <https://bit.ly/2XVGNsw>.

##### Programas Head Start

El programa Early Head Start es para mujeres embarazadas, bebés y niños pequeños. El programa Head Start es para niños de 3 a 5 años. Estos programas ayudan a los niños a prepararse para la escuela. Prestan servicios médicos, de educación y de comida. También hay servicios para familias de trabajadores agrícolas migrantes o de temporada. Obtenga más información en [www.ohsa.net](http://www.ohsa.net).

### Si su hijo necesita apoyo en la escuela:

Si su hijo está en la escuela, podría recibir apoyo de educación especial de su distrito escolar. Comuníquese con la escuela de su hijo para comenzar el proceso. **No es necesario esperar los resultados de la evaluación de CDRC para empezar los servicios con su escuela.**

Para obtener ayuda con los servicios en la escuela, comuníquese con:

FACT Oregon.....	1-888-988-3228 .....	<a href="http://factoregon.org_or">http://factoregon.org_or</a>
Washington PAVE .....	253-565-2266 .....	<a href="http://www.wapave.org">http://www.wapave.org</a>
Stand for Children .....	800-663-4032 .....	<a href="http://stand.org/oregon">http://stand.org/oregon</a>

### Si su familia necesita más que servicios en la escuela:

Puede encontrar servicios de apoyo mediante un proveedor de la comunidad, incluso si su hijo no tiene un diagnóstico de autismo aún.

#### *Desarrollo y práctica de habilidades:*

Pídale al médico de su hijo una remisión para terapia. Llame a su compañía de seguro para saber qué proveedores están cubiertos cerca de su casa. El número de teléfono de su compañía de seguro está en su tarjeta del seguro.

- Los patólogos del habla y el lenguaje trabajan con las competencias de comunicación, como hablar y escuchar, y competencias sociales como jugar juntos.
- Los terapeutas ocupacionales trabajan con el movimiento, las competencias de la vida diaria y las diferencias sensoriales como las reacciones a ruidos y texturas.



# Child Development and Rehabilitation Center

## Recursos de la comunidad

### *Apoyo de salud conductual y mental:*

Las familias que tengan hijos con diferencias del desarrollo podrían beneficiarse del apoyo de un proveedor de salud mental. Estos proveedores están capacitados para ayudar a las familias a afrontar conductas desafiantes u otras preocupaciones, como la ansiedad o el ADHD. Su compañía de seguro puede ayudarlo a encontrar un proveedor calificado. Para encontrar estos servicios de salud mental:

Si tiene un seguro privado:

Busque el número de teléfono en su tarjeta del seguro.

Si tiene Oregon Health Plan:

Llame a su organización de atención coordinada (CCO) local para obtener información sobre estos servicios. Encuentre una lista de CCO en <https://bit.ly/2D5E5lg>.

Si tiene Medicaid del estado de Washington:

Llame a su plan de atención administrada. Busque la lista de planes de atención administrada en <https://bit.ly/2VBEITO>.

## ¿Dónde más podemos encontrar ayuda?

Hay varios grupos de apoyo para familias y niños con diferencias del desarrollo en Oregón. Algunos son:

- **The Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs (OCCYSHN)**  
[www.occyshn.org](http://www.occyshn.org) o 503-494-8303
- **Atención de CaCOON**  
Coordinación de enfermeros de salud pública a domicilio.  
<http://www.ohsu.edu/xd/outreach/occyshn/programs-projects/cacoon.cfm>
- **Apoyo para familias de FACT**  
[www.factorregon.org](http://www.factorregon.org) o 1-888-988-3228
- **Oregon Family to Family**  
Da información a las familias de niños y jóvenes con necesidades de atención médica especiales.  
[www.oregonfamilytofamily.org](http://www.oregonfamilytofamily.org) o 1-855-323-6744 (**Español:** 503-931-8930)
- **Autism Society of Oregon/Washington (ASO)**  
ASO puede darle apoyo y recomendaciones **independientemente** del diagnóstico médico del niño.  
<https://autismsocietyoregon.org> o 1-888-Autism-1 (1-888-288-4761)

Otras ideas incluyen:

- Grupos de juego locales
- Grupos locales para padres de niños con diferencias
- Clases en centros locales de Parks and Recreation (Parques y Recreación) para niños que necesiten más apoyo



# Preguntas frecuentes sobre las evaluaciones del CDRC

## **¿Cuándo debo llamar para preguntar por la remisión de mi hijo?**

CDRC recibe muchas remisiones cada semana y hacemos un gran esfuerzo por conectarlo con el Registration Department (Departamento de Registro) de OHSU en un plazo de 48 horas. Si no nos hemos comunicado con usted en los próximos 5 días hábiles, llame al 503-346-0640.

## **¿Cuándo recibiré un paquete de admisión?**

Llame al 503-494-8505 para actualizar la información de registro de su hijo, ya que este paso es obligatorio (incluso si ha trabajado antes con CDRC). Tenga a mano su tarjeta del seguro cuando llame. Después de comunicarse con la oficina de registro, recibirá su paquete de admisión en un plazo de 10 días hábiles.

## **¿Que tan largas son las listas de espera de su programa clínico?**

Tenemos varias clínicas de evaluación diferentes en CDRC. Se asigna a los pacientes a una clínica en particular según su edad, síntomas y diagnóstico (si se sabe cuál es), y según la información del paquete de admisión que usted nos envíe. El tiempo de espera de cada clínica es diferente y es posible que tenga que esperar varios meses después de haber devuelto el paquete para una cita.

## **¿Cuándo debo llamar para preguntar dónde está mi hijo en la lista de espera de su programa clínico?**

Puede llamar para verificar si nuestra clínica recibió su documentación de admisión (por favor haga copias de todo lo que envíe por correo), y también debe llamarnos para informarnos si algo ha cambiado, como su dirección o número de teléfono. Sin embargo, espere 90 días antes de llamar para verificar dónde se encuentra su hijo en la lista de espera, ya que a menudo es el tiempo que toma procesar la información.

## **¿Mi seguro cubrirá este gasto?**

Aunque trabajamos con la mayoría de los planes de seguros, cada póliza es diferente. Le recomendamos que se comunique con su compañía de seguros con tiempo para asegurarse de que nuestros servicios estén cubiertos, que estemos en su red y que todas las autorizaciones necesarias sean atendidas con antelación. Las pruebas de discapacidades de aprendizaje, si son necesarias, generalmente no las cubre el seguro médico y pueden hacerse por medio de su distrito escolar.

## **¿Puedo traer a otros niños a la consulta?**

Usted debe permanecer en la clínica durante toda la consulta (que puede durar 1 hora y media a 6 horas). Le pedimos que los otros hermanos y familiares se queden en casa y no vengan a esta consulta.



OC4501



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
ANTECEDENTES MÉDICOS  
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA  
N.º DE EXP. MED.  
NOMBRE  
FECHA DE NACIMIENTO

Página 1 de 9

Identificación del paciente

**Complete este formulario con la mayor cantidad de información posible. Use más hojas si fuese necesario.**

Su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el/la menor: \_\_\_\_\_ ¿Quién es el tutor legal del/de la menor? \_\_\_\_\_

¿Cómo le gusta a su hijo/a que lo/a llamen? \_\_\_\_\_

Si se hablan otros idiomas en la casa, ¿cuál entiende más el/la menor? \_\_\_\_\_

¿Y el que más habla? \_\_\_\_\_

Marque la casilla si el/la menor es adoptado/a e indique el país de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Edad en el momento de la adopción: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué es lo que más le preocupa?
2. ¿Cuándo comenzó a tener estas inquietudes?
3. ¿Qué pruebas o tratamientos le han hecho a su hijo/a por estas cuestiones?
4. ¿Qué le dieron (incluyendo medicamentos) para ayudarle?
5. ¿Qué es lo que le gusta hacer a su hijo/a?
6. ¿Qué le gustaría que ocurriera como resultado de esta consulta?
7. ¿En qué cree que podría necesitar más ayuda?



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
ANTECEDENTES MÉDICOS  
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA  
N.º DE EXP. MED.  
NOMBRE  
FECHA DE NACIMIENTO

### Medicamentos, dieta y otras necesidades de atención médica actuales

Anote todos los medicamentos (recetados, de venta sin receta, vitaminas y suplementos) que esté tomando su hijo/a ahora. (Use más hojas si fuese necesario)

¿Se hizo un examen de la vista al/a la menor el año pasado?

Sí     No    Resultados de la prueba:     Satisfactorios     No satisfactorios

¿Se hizo un examen de audición al/a la menor el año pasado?

Sí     No    Resultados de la prueba:     Satisfactorios     No satisfactorios

¿Tiene las vacunas al día?

Sí     No     No lo sé

Alergias (especifique):

Medicamentos     Alimentos     Otras     Ninguna conocida



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
ANTECEDENTES MÉDICOS  
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA  
N.º DE EXP. MED.  
NOMBRE  
FECHA DE NACIMIENTO

**Embarazo e información sobre el nacimiento**

Edad de la madre biológica al nacer el/la bebé: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces estuvo embarazada la madre biológica?: \_\_\_\_\_

¿Qué número de embarazo es este/a bebé? \_\_\_\_\_

¿Tuvo la madre algún aborto espontáneo o interrumpió algún embarazo?

Sí       ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

No       No lo sé

El/la menor está en un hogar de acogida o es adoptado/a y la información perinatal es limitada

La madre biológica bebió alcohol (explique):	Sí	No
La madre biológica consumió drogas recreativas/ilegales (explique):		
La madre biológica sufrió un trauma emocional, trauma físico o estrés considerable		
Otras enfermedades/complicaciones graves durante el embarazo (explique):		

Durante el embarazo, la madre biológica tuvo:	Sí	No
Diabetes		
Presión alta		
Rompió bolsa más de 24 horas antes del parto		
La madre biológica utilizó medicamentos recetados (explique):		
La madre biológica fumó cigarrillos (explique):		

Parto	Sí	No
Parto inducido		
<input type="checkbox"/> Se usaron fórceps o extracción con ventosa		
Parto por cesárea		
Gemelos o parto múltiple		
<input type="checkbox"/> Bebé prematuro; semana en la que nació: _____		
<input type="checkbox"/> Bebé tardío; semana en la que nació: _____		
Peso al nacer: _____		
Talla: _____		
Otras complicaciones (explique):		





**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
ANTECEDENTES MÉDICOS  
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA  
N.º DE EXP. MED.  
NOMBRE  
FECHA DE NACIMIENTO

*Identificación del paciente*

**Embarazo e información sobre el nacimiento (continuación)**

Después del parto el/la bebé tuvo:	Sí	No
Dificultad respiratoria grave		
Infecciones		
Ictericia		
Alimentación por vía intravenosa o por sonda		
Ataques o convulsiones		
Necesitó permanecer en una unidad de cuidados intensivos (UCIN)		
El/la bebé fue dado/a de alta cuando tenía _____ días de nacido/a		
Otras inquietudes (explique):		

**Revisión de sistemas (todas las edades)**

Ojos, oídos, nariz, boca y garganta	Sí	No
Inquietudes relacionadas con la vista o los ojos		
Inquietudes relacionadas con la audición		
Infecciones de oído frecuentes		
Inquietudes relacionadas con los dientes		
Se ahoga o tiene arcadas durante la alimentación		
Otras inquietudes (explique):		

Piel	Sí	No
Eccema o urticaria		
Otras afecciones de la piel (explique):		
Marcas de nacimiento (explique):		

Sistema cardiorrespiratorio (corazón/pulmones)	Sí	No
Asma		
Tos crónica		
Neumonía		
Soplo o anomalía congénita del corazón		
Otras inquietudes (explique):		



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
ANTECEDENTES MÉDICOS  
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA  
N.º DE EXP. MED.  
NOMBRE  
FECHA DE NACIMIENTO

*Identificación del paciente*

<b>Zona abdominal (estómago/intestinos)</b>	Sí	No
Dolor abdominal		
Falta de apetito		
Selectivo/a con la comida		
Episodios de vómitos		
Estreñimiento frecuente		
Diarrea frecuente		
Otras inquietudes (explique):		

<b>Genitales/vías urinarias</b>	Sí	No
Moja la cama		
Infección renal o del tracto urinario		
Accidentes urinarios durante el día		
Si es niña, ¿ya menstrúa?		
Otras inquietudes (explique):		

<b>Músculos y estructura ósea</b>	Sí	No
Displasia o luxación de cadera		
Malformación en un pie o en una pierna		
Escoliosis u otra malformación de la espalda		
Otras inquietudes (explique):		

<b>Sistema nervioso</b>	Sí	No
Dolores de cabeza frecuentes		
Convulsiones		
Episodios catatónicos		
Tics musculares, espasmos incontrolables		
Lesión grave en la cabeza o pérdida del conocimiento (explique):		
Otras inquietudes (explique):		



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
ANTECEDENTES MÉDICOS  
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA  
N.º DE EXP. MED.  
NOMBRE  
FECHA DE NACIMIENTO

<b>Habla y lenguaje</b>	Sí	No	No lo sé
Retrasos en el habla (sonidos)			
¿Usted u otras personas tienen dificultad para entender a su hijo/a?			
¿Se hablan otros idiomas en la casa?			
<b>Sueño</b>	Sí	No	No lo sé
Ronquidos fuertes			
Dificultad para dormirse o permanecer dormido/a			
Otras inquietudes (explique):			

<b>Desarrollo</b>	Edad	No lo sé
Se volteó solo/a		
Pudo sentarse sin apoyo		
Aprendió a gatear		
Caminó solo/a		
Aprendió a andar en triciclo		
Aprendió a andar en bicicleta		
Comenzó a balbucear (sonidos como "baba" o "dada")		
Jugó a "¿Dónde está el bebé?" o al juego de las palmaditas		
Señaló para indicar lo que quería		
Dijo otras primeras palabras distintas de "mamá" y "papá"		
Dijo frases de 2 o 3 palabras		
Usó oraciones		
Aprendió a ir al baño durante el día		



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
ANTECEDENTES MÉDICOS  
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA  
N.º DE EXP. MED.  
NOMBRE  
FECHA DE NACIMIENTO

**Antecedentes familiares** (Complete cada campo y mencione a todos sus familiares o, si sabe esta información, los familiares del/de la niño/a adoptado/a o en acogida)

Nombre de la madre biológica: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Alguna inquietud médica, de salud mental o con la escuela/de aprendizaje?  Sí  No

¿Vive en la casa del/de la niño/a?  Sí  No

Nombre del padre biológico: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Alguna inquietud médica, de salud mental o con la escuela/de aprendizaje?  Sí  No

¿Vive en la casa del/de la niño/a?  Sí  No

Familiares importantes:

Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo con el/la paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Vive en la casa del/de la niño/a?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo con el/la paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Vive en la casa del/de la niño/a?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo con el/la paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Vive en la casa del/de la niño/a?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo con el/la paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Vive en la casa del/de la niño/a?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo con el/la paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Vive en la casa del/de la niño/a?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo con el/la paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Vive en la casa del/de la niño/a?  Sí  No



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
ANTECEDENTES MÉDICOS  
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA  
N.º DE EXP. MED.  
NOMBRE  
FECHA DE NACIMIENTO

**Antecedentes médicos de la familia biológica:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Antecedentes sociales

Enfermedad o lesión grave del/de la niño/a, persona a cargo o hermano/a  Sí  No

Falta de vivienda  Sí  No

Inseguridad alimentaria  Sí  No

Estrés familiar debido a la pérdida de empleo o de ingresos  Sí  No

Inestabilidad financiera  Sí  No

Inestabilidad de transporte  Sí  No

¿Le interesaría ponerse en contacto con recursos que puedan ayudarle con alguno de los puntos que marcó arriba?

**Los sucesos que ocurren en la familia o en casa a veces pueden afectar el comportamiento y el aprendizaje de una persona.**

**Marque aquí si prefiere responder esta parte del formulario en persona**

Marque la casilla correspondiente si le sucedió alguna de estas situaciones al/a la paciente:

- El padre o la madre tiene una enfermedad emocional o mental
- Conflictos entre los padres sobre la crianza
- Participación en el tribunal de menores o el sistema judicial
- Participación en servicios sociales/servicios de protección al menor
- Desacuerdos sobre la custodia
- Ubicación en acogida temporal
- Abuso de sustancias/alcohol del padre o la madre
- Exposición a violencia intrafamiliar/física en la casa



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
ANTECEDENTES MÉDICOS  
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA  
N.º DE EXP. MED.  
NOMBRE  
FECHA DE NACIMIENTO

- Fallecimiento de padre/madre o hermano/a
- Tratamiento con terapeuta, psicólogo o psiquiatra
- Abandono
- Maltrato físico
- Abuso sexual
- Separación o divorcio de los padres

**Cuidado infantil y educación**

¿Su hijo/a asiste a la guardería, la escuela o al preescolar?  Sí  No

Nombre de la escuela/del programa: \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_

¿Participa o ha participado en un programa de intervención temprana o de educación especial?  Sí  No

¿El/la menor recibe otro tipo de apoyo?

Plan de Educación Individualizada (IEP)

Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP)

Apoyos del Título I

Plan 504

Seleccione los apoyos que recibe su hijo/a (si los conoce). Seleccione todas las opciones que correspondan:

Centro de aprendizaje/salón de recursos

Plan conductual

Terapia del habla

Plan o protocolo de alimentación

Terapia ocupacional

Título I, plan 504

Fisioterapia

No lo sé

Consejería de salud mental (motivo y duración): \_\_\_\_\_

¿Considera que su hijo/a necesita ayuda adicional que no está recibiendo en casa o en la escuela? \_\_\_\_\_

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Información adicional**

¿Algo más que debemos saber sobre su hijo/a? Agregue más páginas si fuera necesario.



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: \_\_\_\_\_