

儿童居住县: _____

儿童转介日期: (月/日/年) ____ / ____ / ____

第 1 部分: 必填信息 (勾选此方框, 表示市政当局已收到转介来源的确认, 即已征求过儿童父母/法定监护人的意见, 且其不反对转介)

儿童信息	<p>儿童姓名:</p> <p>姓氏 _____ 名字 _____ 中间名 _____</p> <p>出生日期: (月/日/年) ____ / ____ / ____</p> <p>主要语言或交流方式:</p> <p>儿童 _____ 父母/法定监护人 _____</p>
	<p>性别: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性</p> <p>儿童地址: (街道、公寓号) _____</p>
	<p>族裔: <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或非拉丁裔</p> <p>种族: (如适用, 可选择多项)</p> <p><input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 白人</p> <p><input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋诸岛原住民</p>
<p>转介原因: (请仅勾选一项)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 疑似 该儿童的转介原因为疑似患有发育迟缓或残疾。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 确诊 该儿童的转介原因为确诊患有残疾 (经诊断患有身体或心理疾病, 极有可能导致发育迟缓)。</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 有风险 该儿童目前并未患有残疾, 其转介原因为存在患残疾的风险 (例如, 法规、CAPTA 转介要求等确定的风险标准)。</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 有风险 婴儿没有通过新生儿听力筛查, 也没有接受必要的随访。</p>	
转介来源信息	<p>转介来源信息:</p> <p>名字 _____ 姓氏 _____</p> <p>机构/设施名称: _____</p> <p>地址: _____</p> <p>电话: (____) _____ - _____ 分机号: _____</p> <p>传真: (____) _____ - _____</p> <p>电子邮件: _____</p>
	<p>转介来源类型: (请仅勾选一项)</p> <p><input type="checkbox"/> 父母/法定监护人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他家庭成员 (请注明) _____</p> <p><input type="checkbox"/> 儿童初级保健提供者</p> <p><input type="checkbox"/> 医院或诊所</p> <p><input type="checkbox"/> 社区计划/EIP 提供者</p> <p><input type="checkbox"/> 其他 (请注明) _____</p>
父母/法定监护人联系信息	<p>父母/法定监护人姓名:</p> <p>姓氏 _____ 名字 _____</p> <p>家庭电话: (____) _____ - _____ 手机: (____) _____ - _____</p> <p>工作电话: (____) _____ - _____</p> <p>地址: _____</p> <p>街道、公寓号 _____</p> <p>市 _____ 邮政编码 _____</p>
	<p>父母/法定监护人姓名:</p> <p>姓氏 _____ 名字 _____</p> <p>家庭电话: (____) _____ - _____ 手机: (____) _____ - _____</p> <p>工作电话: (____) _____ - _____</p> <p>地址: _____</p> <p>街道、公寓号 _____</p> <p>市 _____ 邮政编码 _____</p>
	<p>看护者/备用联系人姓名:</p> <p>姓氏 _____ 名字 _____</p> <p>电话号码: (____) _____ - _____</p>
<p>与该儿童的关系:</p> <p><input type="checkbox"/> (外) 祖父母 <input type="checkbox"/> 其他: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 寄养父母</p>	

儿童姓名: _____ 出生日期: ____/____/____
 姓氏 名字 月 日 年

第 2 部分：以下信息需获得父母的书面知情同意才能共享：

需获得父母/法定监护人的书面知情同意	<input type="checkbox"/> 转介来源确认，他们在共享以下信息和任何附件前已获得父母的书面知情同意。 转介来源签名: _____
	转介原因附加信息： 提供有关发育问题的其他信息。包括任何已完成的测试，以及儿童在一个或多个发育领域是否存在功能问题，这些问题可能导致发育迟缓，进而确定该儿童是否符合 EIP 资格。 请勾选儿童表现出发育迟缓的所有功能领域（如有附加文档，请添加相关评论或备注）：
	<input type="checkbox"/> 适应性: _____ <input type="checkbox"/> 认知: _____ <input type="checkbox"/> 沟通: _____ <input type="checkbox"/> 身体（粗大和精细运动技能，以及视力、听力、口腔运动进食和吞咽障碍）： _____ <input type="checkbox"/> 社交-情绪: _____ <input type="checkbox"/> 附加文档: _____ <input type="checkbox"/> 诊断出的疾病（包括诊断/国际疾病分类 (International Classification of Diseases, ICD-10) 编码）： _____
	其他转介信息: _____ 父母/法定监护人签名: _____ 日期: ____/____/____ 请注意：如果可填式转介表包含父母/法定监护人用于同意附上儿童记录/报告电子签名的电子签名， 该签名必须包含电子签名验证标记（可通过 Adobe Acrobat、DocuSign 等应用获取），该标记应在表格上显示签名日期和时间。 如上述保护措施无法实现，但第 2 部分需要父母/法定监护人签名，此时必须 打印 转介表，以确保父母/法定监护人在纸质表格上签名以示同意。 <input type="checkbox"/> 获得父母的书面知情同意后，请附上有助于确定儿童是否符合早期干预计划资格记录或报告。

Office Use Only	FOR OFFICE USE ONLY
	Date Referral Received: ____/____/____ ISC Requested: _____ Assigned ISC: _____
	ISC Agency and Phone: (____) ____-____ Date of ISC Assignment: ____/____/____
	Data Entry Date: ____/____/____ Due Date for IFSP: ____/____/____

*填写此表格时，请参阅说明。表格可通过邮寄、传真或现场递交的方式送至儿童居住县/市的早期干预计划 (Early Intervention Program)。

转介的年龄要求：

早期干预计划 (Early Intervention Program, EIP) 的转介适用于 3 岁以下的儿童。如果儿童在离三岁生日不到 45 天的时间被转介，并且有可能符合《教育法》(Education Law) 第 4410 条规定的服务资格，早期干预行政人员 (Early Intervention Official, EIO) 会在征得父母书面同意的情况下，将儿童转介至当地学区的特殊学前教育委员会 (Committee on Preschool Special Education, CPSE)。如果儿童在离三岁生日不到 45 天的时间被转介，EIO 无需对儿童进行评价、评估或召开个性化家庭服务计划 (Individualized Family Service Plan, IFSP) 启动会议。

第 1 部分：

包含在将儿童转介至本地 EIP 时必须填写的字段。填写第 1 部分后，仅提供第 1 部分信息也可提交转介表。提交第 1 部分的信息时无需父母同意。必须告知父母转介的目的，如果父母拒绝，不得进行转介。

请参见附录 1：如果父母/法定监护人拒绝转介，该怎么办？

请清晰书写或输入所有转介信息。

儿童居住县：

填写儿童居住的县。该县即为发送 EIP 转介的县。

转介日期：

转介来源向本地 EIP 提交转介的日期。请务必准确填写转介日期。

儿童信息

儿童姓名：

在空格处填写儿童的全名（姓氏、名字和中间名）。请务必准确拼写儿童的姓名。请勿使用昵称。

出生日期：

儿童出生日期以月/日/年的格式进行填写。

儿童和父母/法定监护人的主要语言或交流方式：

填写儿童和父母/法定监护人的主要语言或交流方式。

性别：

勾选表示儿童性别的方框（男性或女性）。

儿童地址：

填写儿童的完整地址（包括公寓号）、城市以及加上 4 个号码后的邮政编码。

族裔和种族：

针对每一部分勾选合适的方框。有关儿童的种族，可选择一项以上。

转介原因：

您需要在本部分选择将儿童转介至 EIP 的原因。请务必**仅选择一项原因**。

1. 疑似患有残疾:

转介来源怀疑被转介儿童在一个或多个功能领域（适应性、认知、沟通、身体（包括视力、听力、口腔运动进食和吞咽障碍）以及社交-情绪）患有残疾/发育迟缓。对疑似患有残疾（包括发育迟缓）的儿童进行转介应基于:

- A. 发育筛查或诊断程序的结果、对儿童发育进展的直接经验、观察和认知;
- B. 父母所提供的表明发育迟缓或残疾的信息;
- C. 或在父母的要求下进行转介。

注意: 出院前未通过住院新生儿听力筛查, 以及未通过任何门诊婴儿听力筛查的婴儿将作为疑似残疾患者被转介至 EIP, 以便根据听力专家的判断进行二次筛查或确认性 (诊断性) 听力检测。疑似患有听力损失的婴儿应在 3 月龄之前接受诊断性听力评估。

2. 确诊患有残疾:

儿童被转介至 EIP 的原因是其经诊断患有身体或心理疾病, 此疾病极有可能导致发育迟缓。

请参见附录 2: 经诊断患有极可能导致发育迟缓的身体或心理疾病

发育监测 (Child Find 系统)

3. 有风险:

儿童未被诊断患有残疾, 转介来源也没有怀疑该儿童目前患有残疾。儿童被转介接受**发育监测**, 因为该儿童存在患残疾的**风险**。

请参见附录 3: 对存在患残疾风险的儿童进行转介应基于以下医学/生物学或幼儿风险标准

- 《儿童虐待预防和治疗方法案》(Child Abuse Prevention and Treatment Act, CAPTA) 转介: 根据联邦 CAPTA 转介至 EIP 的儿童, 如未被怀疑患有发育迟缓, 或未被诊断患有极可能导致发育迟缓的疾病, 应按照“**有风险**”的类别进行转介。

4. 因未通过新生儿听力筛查而存在风险:

如果婴儿未通过新生儿听力筛查, 且没有及时接受必要的随访, 或缺失早期听力检测和干预 (Early Hearing Detection and Intervention, EMDI) 计划中的记录信息, 也应按照“**有风险**”的类别进行转介。

转介来源信息

转介来源:

- 转介者的联系信息。
- 在空格处填写名字和姓氏。
- 如果转介者在某机构或设施工作, 请填写该机构或设施。
- 填写地址。
- 填写转介来源的电话号码 (包括分机号) 和传真号码, 以确保在有需要时联系转介来源。
- 如有需要, 请填写转介来源的电子邮件。请注意, 切勿在电子邮件通信中包含受保护健康信息 (Protected Health Information, PHI)。有关其他信息, 请参见“**其他早期干预计划 (EIP) 转介信息/资源**”中“**致同事函-关于早期干预提供者在使用电子邮件交换个人身份信息前需征得父母同意的说明**”。

请参见附录 4, 以了解所有主要转介来源

转介来源类型：（仅选择一项） 请从以下列表中选出最合适的一项

- **父母/法定监护人**
 - 父母
 - 朋友/亲属（请注明），如果此人为法定监护人
- **其他家庭成员（请注明）**
 - 朋友/亲属（请注明），如果此人**不是**法定监护人
- **儿童初级保健提供者**
 - 医生/儿科医生
- **医院或诊所**
 - 医院
 - 医疗保健提供者
 - 新生儿听力筛查
 - 公共/社区卫生设施（当地卫生部门的诊所）
- **社区计划/EIP 提供者**
 - Child Find
 - 日托服务提供者
 - EIP 提供者
 - 启蒙计划
 - 内部/市政工作人员
 - 学区，又称当地教育机构
 - （有风险）筛查和监测
- **其他（请注明）**
 - 朋友/亲属（请注明），如果是朋友
 - 社会服务机构
 - 其他（请注明）

父母/法定监护人信息

父母/法定监护人信息：

- 请完整填写信息。
- 请务必完整填写至少一位父母/法定监护人的联系信息。
- 请在空格处填写每一位父母/法定监护人的名字和姓氏及其地址和电话号码。
- 请填写与该儿童存在亲子关系的人员（如适用）。

看护者/备用联系人姓名：

在必要且适用的情况下，填写其他联系人的姓名和联系信息，以通过此人联系该儿童的父母。

与该儿童的关系：

请勾选表明此人与该儿童准确关系的方框。

儿童姓名：

请填写儿童的全名（儿童的姓氏和名字）。请勿使用昵称。

儿童出生日期：

儿童出生日期以月/日/年的格式进行填写。

第 2 部分：

仅在征得父母/法定监护人书面同意的情况下，才能填写和提交本部分的信息。

请勾选方框并签名，以表明您在填写本转介表第 2 部分信息以及附上可证明该儿童符合 EIP 资格的任何医疗或其他记录前已获得父母的书面同意。

选定的评估机构将根据转介信息和附加的医疗记录确定所需的评估类型。请务必在本转介表中填写全面的信息（征得父母/法定监护人的书面同意）。评估机构将决定是否需要进行全面筛查和/或多学科评估 (Multidisciplinary Evaluation, MDE) 或其他评估，以确定儿童是否符合 EIP 资格。

转介原因附加信息：

本部分包括已收集到的与儿童相关的任何信息，以支持将儿童转介至 EIP 的原因。

提供关于发育问题的其他信息（包括任何已完成的测试），以及儿童在一个或多个发育领域是否存在功能问题，这些问题可能导致发育迟缓，进而确定该儿童是否符合 EIP 资格。

功能领域：

选择转介来源已确定的儿童表现出发育迟缓的功能领域。

- 适应性
- 认知
- 沟通
- 身体（粗大和精细运动技能，以及视力、听力、口腔运动进食和吞咽障碍）
- 社交-情绪

请填写与已确定的发育迟缓相关的任何评论，或对附件添加备注。

诊断出的疾病和国际疾病分类 (New: International Classification of Diseases, ICD-10) 编码：

转介来源应具体说明儿童被诊断出的疾病，并包括适用于该儿童的国际疾病分类 (ICD-10) 编码。转介表上可填写多项诊断出的疾病和 ICD-10 编码。

请参见附录 5

注意：对于被诊断患有极可能导致发育迟缓的疾病或患有符合以下 EIP 资格要求的发育迟缓的儿童，主要转介来源有责任告知其父母：

1. EIP 资格通过多学科评估 (MDE) 确定。
2. 向主要转介来源提供书面同意以发送支持诊断所需记录或报告的重要性；或者，对于未被诊断出疾病的儿童的父母或法定监护人，提供书面同意以发送有助于确定计划资格的记录或报告的重要性。

征得父母/法定监护人书面同意的情况下：

请附上有助于确定儿童 EIP 资格的任何医疗或其他记录/报告。

父母/法定监护人的签名和日期：

请注意：如果可填式转介表包含父母/法定监护人用于同意附上儿童记录/报告的电子签名，**该签名必须包含电子签名验证标记（可通过 Adobe Acrobat、DocuSign 等应用获取），该标记应在表格上显示签名日期和时间。**如上述保护措施无法实现，但第 2 部分需要父母/法定监护人签名，此时必须打印转介表，以确保父母/法定监护人在纸质表格上签名以示同意。

这表示父母/法定监护人已书面同意将其子女的医疗信息发送至 EIP。

仅限官方使用：

本部分由接收县进行填写。

其他早期干预计划 (EIP) 转介信息/资源：

关于早期干预计划转介的《纽约州法规》(New York State Regulations) 和《公共卫生法》(Public Health Law)：《公共卫生法》第 25 条第 II-A 款：<https://www.nysenate.gov/legislation/laws/PBH/A25T2-A>，以及 NYCRR 第 10 编第 69-4.3 节：转介：<https://regs.health.ny.gov/book/export/html/48709>

致同事函 - 关于早期干预提供者在使用电子邮件交换个人信息前需征得父母同意的说明：

本文档包含在 EIP 中使用电子邮件的信息：https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/2009-10_early_intervention_parent_consent_to_use_email.htm

《早期干预备忘录》(Early Intervention Memorandum) 94-3：于<月/年>重新发布的早期干预计划转介程序。本文档包含与转介相关的信息：<https://www.health.ny.gov/guidance/oph/cch/bei/94-3.pdf>

将转介发送至何处：

必须将转介发送给儿童目前所居住县的早期干预行政人员 (EIO)。主要转介来源可能通过美国邮件或传真发送转介。访问以下网址查看市/县联系人列表：https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/county_eip.htm

有关早期干预计划的父母须知：

有关早期干预计划的父母须知可在纽约州 (NYS) 卫生署早期干预计划的网站上找到：https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm

纽约州居民可免费获取以下宣传册：

“早期帮助带来巨大改变！”(Early Help Makes a Difference!) (该手册重点介绍儿童从出生到三岁的发育里程碑)

早期干预措施：早期干预计划的父母基本指南 (本手册介绍早期干预计划)

新生儿听力筛查宣传册：

- “您的宝宝能否听见您说话？”(Can Your Baby Hear You?)
- “您的宝宝已通过听力筛查”(Your Baby Passed the Hearing Screening)
- “您的宝宝需要二次筛查”(Your Baby Needs Another Screening)

临床实践指南 (纽约州指南提供基于科学依据和专家临床意见的有效实践建议)：

- 自闭症/广泛性发育障碍 - 幼儿 (0-3 岁) 的评估和干预
- 沟通障碍 - 幼儿 (0-3 岁) 的评估和干预
- 唐氏综合征 - 幼儿 (0-3 岁) 的评估和干预
- 听力损失 - 幼儿 (0-3 岁) 的评估和干预
- 运动障碍 - 幼儿 (0-3 岁) 的评估和干预
- 视力障碍 - 幼儿 (0-3 岁) 的评估和干预

纽约州卫生署 (New York State Department of Health, NYSDOH) 早期干预计划 (EIP) 网站提供这些资源的电子版。纽约州居民可通过 NYS DOH 分销中心免费订购这些资源。您可以通过 NYSDOHEIP 网站或以下链接获取订购表格：https://www.health.ny.gov/forms/order_forms/eip_publications.pdf

附录

附录 1

如果父母/法定监护人拒绝转介，该怎么办？

主要转介来源应：

- 保留父母拒绝转介以及主要转介来源采取后续行动的书面文档；
- 如果儿童被怀疑患有残疾或存在风险，请向其父母提供早期干预行政人员 (EIO) 的姓名和联系信息；
- 两个月内，作出合理努力与父母进行跟进，并适时将儿童转介到 EIP，除非父母拒绝。

附录 2

经诊断极可能导致发育迟缓的身体或心理疾病包括:(10 NYCRR 69-4.3(f))

- 与发育迟缓相关的染色体异常(如唐氏综合征)
 - 与发育迟缓相关的综合征和疾病(如胎儿酒精综合征)
 - 神经肌肉障碍(如任何已知的累及中枢神经综合征的疾病,包括脑瘫、脊柱裂、小头畸形或大头畸形)
 - 脑部或头部细菌/病毒感染/脊髓创伤而引起中枢神经系统 (Central Nervous System, CNS) 异常的临床证据
 - 听力障碍(诊断出的听力损失,无法通过治疗或手术纠正)
 - 视力障碍(诊断出的视力损伤,无法通过治疗(包括佩戴眼镜、隐形眼镜或手术)纠正)
 - 诊断出的精神疾病(如婴儿期和幼儿期的反应性依恋障碍)
 - 情绪/行为障碍
-

附录 3

对存在患残疾风险的儿童进行转介应基于以下医学/生物学或幼儿风险标准：

新生儿风险标准	新生儿后风险标准	其他风险标准
<ul style="list-style-type: none">• 出生体重 1000-1501 克• 胎龄小于 33 周• 中枢神经系统损伤或异常（包括新生儿癫痫、颅内出血、需要呼吸机支持的时间超过 48 小时、分娩创伤）• 先天畸形• 窒息（5 分钟的 Apgar 评分不超过 3 分）• 肌张力异常（张力过高或过低）• 高胆红素血症 (> 20mg/dl)• 低血糖症（血糖低于 20 mg/dl)• 发育不良/营养问题（如小于胎龄；显著的喂养问题）• 存在先天性代谢障碍 (Inborn Metabolic Disorder, IMD)• 围产期或先天性传播感染（如 HIV、乙肝、梅毒）• 在新生儿重症监护室 (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) 住院 10 天或以上• 孕妇产前酒精滥用• 孕妇产前非法药物滥用• 产前接触会对胎儿造成已知发育影响的治疗药物（如精神药物、抗惊厥药物、抗肿瘤药物）• 母源性苯丙酮尿症 (PKU)• 家族遗传性听力损失风险，包括综合征表现或未通过初始新生儿听力筛查而需要进一步筛查。• 视力障碍的风险，包括会导致失明或严重视力障碍的家族史• 可能增加发育迟缓风险的遗传性综合征	<ul style="list-style-type: none">• 父母或看护者对发育情况的担忧• 累及中枢神经系统发育的严重疾病或创伤，需要在儿科重症监护室住院 10 天或以上• 静脉血水平偏高（15 mcg/dl 或以上）• 发育不良/营养问题（如显著的有机或无机发育迟缓、显著的缺铁性贫血）• 慢性或重度中耳炎（持续至少 3 个月）• HIV 感染• 得到证实的儿童虐待或虐待个案	<ul style="list-style-type: none">• 无产前护理• 产前发育障碍或诊断出严重且持久的心理疾病• 双亲药物滥用• 儿童 6 月龄前未受到良好照顾或免疫接种明显延误• 主要转介来源确定的其他风险标准

附录 4

主要转介来源

以下主要转介来源应在发现未满三岁的婴幼儿疑似患有残疾或存在患残疾风险的**两个工作日内**，将儿童转介给市政当局指定的行政人员，除非该儿童已被转介或其父母拒绝：

- 在其执照、证书或注册许可范围内提供服务的所有合格人员
- 所有经批准的评估人员、服务协调员和早期干预服务提供者
- 医院
- 儿童医疗保健提供者
- 日托计划
- 当地卫生机构（当地卫生部门）
- 当地学区
- 当地社会服务区，包括公共机构和儿童福利系统的工作人员
- 公共卫生机构
- 家庭暴力收容所和机构
- 无家可归者的家庭收容所
- 根据《公共卫生法》第 28 条，《心理卫生法》(Mental Hygiene Law) 第 16 条或《心理卫生法》第 31 条获得批准的任何诊所的经营者

附录 5

国际疾病分类编码 (ICD-10 编码) 的最新列表，以及有关将其指定为极有可能导致发育迟缓的合格诊断疾病的信息，该信息用于确定早期干预计划的资格，可从州早期干预数据系统的健康商业系统 (Health Commerce System, HCS) 上进行查看。

如果无法访问 HCS 和州早期干预数据系统，可访问州财政代理机构 (PCG) 的网站以查看该信息：www.eibilling.com。如需查找最新的 ICD 编码列表，可在该网站的“Knowledge Base”（知识库）选项卡中使用搜索功能。