

Referral Form – Children's Services

***The Interprofessional Clinic is a teaching clinic. As such, most services are offered or observed by students under the supervision of a clinical educator.**

Child's Personal Information

First name	Last name	Date of birth (dd/mm/yyyy)	Age	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Address	Apt.	City	Province	Postal Code
Primary Phone #	Secondary Phone #	Languages spoken <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Other (specify)		
Is your referral related to a specific diagnosis or any specific observations? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (please specify)				
Source of referral (How did you hear about the clinic?) <input type="checkbox"/> Medical Referral <input type="checkbox"/> Online <input type="checkbox"/> Word of Mouth <input type="checkbox"/> Other:				
Any medical conditions or allergies? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (please specify)				Insurance Coverage: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

Guardianship: Joint Sole Other (please specify):

Parent/Guardian #1	Language: <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Fr	Parent/Guardian #2	Language: <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Fr
First name	Last name	First name	Last name
Phone #:	Relationship to the child	Phone #:	Relationship to the child

Reason for Referral: _____

The child shows difficulties with (select all that apply)

Completing daily activities: <input type="checkbox"/> Personal care (hygiene, dressing, eating) <input type="checkbox"/> Hobbies/ leisure (arts,sports, listening to music) <input type="checkbox"/> Academic activities <input type="checkbox"/> Social activities <input type="checkbox"/> Tasks at home/ chores
Listening and understanding/ comprehension: <input type="checkbox"/> Following conversations in noisy environments <input type="checkbox"/> Following instructions <input type="checkbox"/> Asks frequently for repetitions <input type="checkbox"/> Takes time to respond
Speaking: <input type="checkbox"/> Trouble finding words <input type="checkbox"/> Pronunciation/ articulation of sounds <input type="checkbox"/> Stuttering <input type="checkbox"/> Retaining information
Reading: <input type="checkbox"/> Decoding words <input type="checkbox"/> Text comprehension <input type="checkbox"/> Confuses letters
Writing: <input type="checkbox"/> Holding a pencil <input type="checkbox"/> Letter formation/ numbers <input type="checkbox"/> Organizing ideas <input type="checkbox"/> Grammar/ spelling
Physical aspects: <input type="checkbox"/> Posture <input type="checkbox"/> Balance <input type="checkbox"/> Strength <input type="checkbox"/> Coordination <input type="checkbox"/> Managing anxiety <input type="checkbox"/> Concentration/ staying focused
Mathematics: <input type="checkbox"/> Comprehension of written problems <input type="checkbox"/> Mathematical equations

Other services (please specify)

Previous:
Current:
Waitlist:

Family Doctor

Given name	Last name	Telephone #	Fax #
Address	Suite/room	City	Province Postal code

Signature

Date (dd/mm/yyyy)

Formulaire de référence – Services Enfants

* La Clinique interprofessionnelle est une clinique d'apprentissage. La plupart des services sont offerts ou observés par des étudiants sous la supervision d'un éducateur-clinicien.

Informations personnelles de l'enfant

Prénom	Nom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse	App.	Ville	Province	Code postal
No. de telephone primaire	No. de telephone secondaire	Langue(s) parlée(s) par l'enfant <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre (précisez)		
Votre demande est-elle reliée à un diagnostic ou à des observations particulières? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (svp précisez)				
Source de référence (Qui vous a parlé de la clinique) <input type="checkbox"/> Référence médicale <input type="checkbox"/> En ligne <input type="checkbox"/> Bouche-à-oreille <input type="checkbox"/> Autre :				
Conditions médicales ou allergies? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (svp précisez)				Couverture d'assurance: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Garde de l'enfant : Partagée Garde exclusive Autre (précisez) :

Parent/tuteur #1	Langue(s) : <input type="checkbox"/> Angl <input type="checkbox"/> Fr	Parent/tuteur #2	Langue(s) : <input type="checkbox"/> Angl <input type="checkbox"/> Fr
Prénom	Nom	Prénom	Nom
Téléphone :	Lien avec l'enfant	Téléphone :	Lien avec l'enfant

Raison de la référence : _____

L'enfant éprouve de la difficulté avec (cochez tous ceux qui s'appliquent)

Routine quotidienne: <input type="checkbox"/> Soins personnels (hygiène, habillement, repas) <input type="checkbox"/> Loisirs (arts, sports, écouter de la musique) <input type="checkbox"/> Activités scolaires <input type="checkbox"/> Activités sociales <input type="checkbox"/> Tâches à la maison
Entendre et comprendre: <input type="checkbox"/> Suivre des conversations dans le bruit <input type="checkbox"/> Suivre des consignes <input type="checkbox"/> Demande souvent de répéter <input type="checkbox"/> Prend du temps à répondre aux questions
Parler: <input type="checkbox"/> Trouver des mots <input type="checkbox"/> Articuler des sons <input type="checkbox"/> Bégaiement <input type="checkbox"/> Retenir de l'information
Lire: <input type="checkbox"/> Décoder des mots <input type="checkbox"/> Comprendre le texte <input type="checkbox"/> Mélanger des lettres
Écrire: <input type="checkbox"/> Tenir un crayon <input type="checkbox"/> Former des lettres/chiffres <input type="checkbox"/> Organiser des idées <input type="checkbox"/> Grammaire/orthographe
Bouger: <input type="checkbox"/> Posture <input type="checkbox"/> Équilibre <input type="checkbox"/> Force <input type="checkbox"/> Coordination <input type="checkbox"/> Gérer l'anxiété <input type="checkbox"/> Se concentrer/maintenir l'attention
Mathématiques: <input type="checkbox"/> Compréhension des problèmes écrits <input type="checkbox"/> Opérations numériques

Autres services (svp précisez)

Antérieurs :
Actuels :
En attente :

Médecine de famille

Prénom	Nom	Téléphone	Télécopieur
Adresse	Bureau/pièce	Ville	Province Code postal

Signature

Date (jj/mm/aaaa)