

Referral Form – Child 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 (please specify): 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 (précisez) : _____ 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)

