



**Please FAX to RIPIN Cedar Family Center: 401-270-7049  
Cedar Referral and Triage Tool**

Date of referral:		Parent/guardian aware of and in full agreement with referral? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Referral Source:		Phone:		Email:
Child's First Name:		MI:	Last Name:	
DOB:	Current Age:		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other:	
Address:				
City:		State: RI		ZIP:
Parent/Guardian name		Email address:		
Home phone number:		Cell phone number:		
Interpreter needed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Preferred Language:		
Parent/Guardian name		Email address:		
Home phone number:		Cell phone number:		
Interpreter needed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Preferred Language:		
Primary Health Insurance:		Member ID#:		
Secondary Health Insurance:		Member ID#:		
Primary Care Physician:		Phone:		
Child enrolled in Current Care: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown		Medical DX Codes(if known):		
Child's Social Security #:		Medicaid ID# (10-digit number found on child's "Anchor" card):		
<b>*** CHILD'S SSN and/or Medicaid ID information MUST be included to submit this form ***</b>				

**Chronic Conditions requiring Intensive Care Coordination: (Please check all that apply)**

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Brain Injury	<input type="checkbox"/> Down Syndrome	<input type="checkbox"/> Seizure Disorder
<input type="checkbox"/> Anxiety	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Hearing Problems	<input type="checkbox"/> Speech Problems
<input type="checkbox"/> Autism, Asperger's, ASD	<input type="checkbox"/> Developmental Delay	<input type="checkbox"/> Intellectual Disability	<input type="checkbox"/> Tourette Syndrome
<input type="checkbox"/> Behavioral Problems	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Learning Disability	<input type="checkbox"/> Vision Problems
<input type="checkbox"/> Bone, joint, or muscle problems	<input type="checkbox"/> Other (please specify):		

Child/Family Risk Factors:	Current Need	Current Services (please specify)	Past services (please specify)	Current Barrier
Current hospitalization/inpatient admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2+ ED visits related to chronic condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inability to follow through (appts/med regimen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
School issues (low performance, absenteeism, behavior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulties with daily living	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unable to socially interact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parent/Caregiver MH concern or cognitive delay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domestic Violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substance Use <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Caregiver <input type="checkbox"/> Child	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Food uncertainty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Housing Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other (specify):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Does the family require Intensive Care Coordination through Cedar?  Yes  No

\_\_\_\_\_  
Suggested Alternatives

\_\_\_\_\_  
Cedar Staff/Date

Specify other necessary info:



Envíe un fax al Centro Familiar RIPIN Cedar: 401-270-7049  
Herramienta de triaje y derivación de Cedar

Fecha de referido:	¿Los padres o tutores legal están consciente y totalmente de acuerdo con este referido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Origen del referido:	Teléfono:	Correo electrónico:		
El primer nombre del niño:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:		
Fecha de nacimiento:	Edad actual:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Otra:		
Dirección (la calle y el número):				
Ciudad:	Estado: RI	Código postal:		
Nombre del Padre/Guardián:	Correo electrónico:			
Teléfono de casa:	Teléfono móvil:			
¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si necesita interprete, ¿cuál idioma?:			
Nombre del Padre/Guardián:	Correo electrónico:			
Teléfono de casa:	Teléfono móvil:			
¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si necesita interprete, ¿cuál idioma?:			
Seguro médico primario:	Member ID#:			
Seguro médico secundario:	Member ID#:			
Nombre del médico de atención primaria:	Teléfono			
Número de seguro social del niño:				
Número de identificación de Medicaid (Número de 10 dígitos, localizado en la tarjeta ancla del niño):				
*** Se DEBE incluir el SSN del NIÑO y / o la información de identificación de Medicaid para enviar este formulario***				
<b>Condiciones crónicas que requieren coordinación de cuidados intensivos: (marque todos los que apliquen)</b>				
<input type="checkbox"/> trastorno por déficit de atención e hiperactividad	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Crisis epiléptica	
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Problemas del habla	
<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette	
<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	
<input type="checkbox"/> Problemas de huesos, articulaciones o músculos	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique):			
<b>Factores de riesgo del niño o de la familia:</b>	<b>Necesidades presentes</b>	<b>Servicios actuales</b>	<b>Servicios pasados</b>	<b>Barrera presentes</b>
Hospitalización/hospitalizado por admisión actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos o más visitas a la sala de emergencia por condiciones crónica en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacidad de seguimiento con las citas médicas o regimiento de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas escolares (bajo rendimiento, ausentismo, comportamiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades con la vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapaz de interactuar socialmente con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupación por la salud mental o retraso cognitivo del padre o cuidador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violencia doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de sustancias <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incertidumbre alimentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en el hogar (mantenimiento de la vivienda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Does the family require Intensive Care Coordination through Cedar?  Yes  No

Alternativas sugeridas

Trabajador de Cedar y la fecha (Cedar Staff/Date)

Especificar otra: