

**REFERRAL FORM**

The East Harlem Asthma Center of Excellence (EHACE) provides individuals and families free services to help control their asthma and improve their overall health. Thank you for referring to EHACE.

**Please complete a separate form for each child**

<b>REFERRAL SOURCE</b>
Site Name: _____ Date: _____
Contact Name: _____ Title: _____
Phone: _____ Fax: _____ E-mail _____

<b>CLIENT INFO</b>
Child's Name _____ Address _____ Apt # _____
Child's Date of Birth ____/____/____ Borough _____, NY Zip Code _____
Parent/Guardian Name _____ Phone # (____) _____
Relationship to child _____
Parent's primary language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other Language _____
Alternate # (____) _____ Email address _____
Best Time to Contact _____
Where does child attend school? _____
Where does child receive their hospital/medical care? _____

<b>PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS</b>
Has the child been diagnosed with asthma? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
How many times in the past <b>12 months</b> has child been hospitalized <b>due to asthma?</b> _____ (Fill in blank)
How many times in the past <b>12 months</b> has child visited the emergency room for urgent care <b>due to asthma?</b> _____ (Fill in blank)
How many times in the past <b>12 months</b> has child taken Prednisone/Orapred? _____ (Fill in blank)
In the past <b>4 weeks</b> , has child had to limit his/her normal day-to-day activities because of asthma? <i>(I.e. staying home from school, not participating in gym or physical activity whether at school or at home?)</i>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Somewhat <input type="checkbox"/> Extremely
In the past <b>4 weeks</b> , how many times did child have asthma symptoms ( <i>wheezing, coughing, shortness of breath, chest tightness</i> )? <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> 1-2 times a week <input type="checkbox"/> 3-6 times a week <input type="checkbox"/> Daily

By signing this form I agree that I have notified the parent/guardian of the above minor that an EHACE staff member would be contacting them to discuss their child's asthma. They are interested in learning more about EHACE services.

**REFERRED BY:**

X \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**EHACE Office Use Only:**

**Staff Initials** \_\_\_\_\_

**Date rec'd** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FORMA DE REMISIÓN**

El centro de excelencia para el asma de East Harlem (EHACE) proporciona a individuos y familias servicios gratuitos para ayudar a controlar su asma y mejorar su salud general. Gracias por la remisión a EHACE.

**Por favor complete un formulario separado para cada niño**

<b>FUENTE DE REMISION</b>
Nombre Del Lugar: _____ Fecha: _____
Contacto: _____ Titulo: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail _____

<b>INFO DEL CLIENTE</b>
Nombre del Niño _____ Dirección _____ Apto # _____
Fecha de Nacimiento Del Niño ___/___/_____ Condado _____, NY Código Postal _____
Padre/Guardián _____
Idioma Primario <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro Idioma _____ <input type="checkbox"/> Teléfono (____) _____
Relación al niño _____ Tel. Alternativo (____) _____
Email _____ La mejor Hora Para Llamar _____
¿Dónde asiste el niño a la escuela? _____
¿Dónde recibe el niño su atención médica? _____

<b>POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS</b>
¿Ha sido el niño diagnosticado con asma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Cuántas veces en los últimos <b>12 meses</b> ha sido el niño hospitalizado <b>por asma</b> ? _____
¿Cuántas veces en los últimos <b>12 meses</b> el niño visitó la sala de emergencias para atención de urgencias <b>por asma</b> ? _____
¿Cuántas veces en los últimos <b>12 meses</b> ha tomado el niño prednisona/Orapred? _____
¿En las últimas <b>4 semanas</b> , ha tenido el niño que limitar sus actividades diarias normales a causa de asma? (Es decir, quedarse en casa a la escuela, no participar en gimnasia o actividad física ya sea en la escuela o en casa?) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Muy
En las últimas <b>4 semanas</b> , ¿cuántas veces el niño tenía los síntomas de asma (sibilancias, tos, dificultad para respirar, opresión en el pecho)? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3-6 veces a la semana <input type="checkbox"/> Diario

Al firmar este formulario acepto que he notificado al padre/tutor del menor que un miembro del personal EHACE ser pondrá en contacto con ellos para hablar sobre el asma de su hijo. Están interesados en aprender más sobre servicios EHACE.

**REFERIDO POR:**

X \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**EHACE Office Use Only:**

**Staff Initials** \_\_\_\_\_

**Date rec'd** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_