

Enhanced 18-Month Well-Baby Visit
Health Care Provider Referral Form for Nipissing District

Fax to: 705.474.0127

Family Information:

Name of Child	D.O.B.	Gender
Name of Parent/Caregiver	Telephone	
Address		
Health Care Provider	Telephone	
Pediatrician	Rourke <input type="checkbox"/> attached	yes no <input type="checkbox"/> attached
Do you prefer an Indigenous approach to services?		
Service Language		

Reason for referral (check all that apply):

North Bay Parry Sound District Health – 1.800.563.2808 (Fax 705.474.7037) <input type="checkbox"/> Healthy Babies Healthy Children <input type="checkbox"/> Oral Health	HANDS – 1.800.668.8555 (Fax 705.495.1373) <input type="checkbox"/> Northeast Ontario Autism Program <input type="checkbox"/> Behavioural <input type="checkbox"/> Cognitive Skills <input type="checkbox"/> Social/Emotional Development
One Kids Place Children's Treatment Centre – 1.866.626.9100 (Fax 705.474.0127) <input type="checkbox"/> Northeast Ontario Autism Program <input type="checkbox"/> Feeding and Swallowing <input type="checkbox"/> Fine Motor Skills <input type="checkbox"/> Gross Motor Skills <input type="checkbox"/> Speech & Language	Infant and Child Development Services - 1.877.303.0910 (Fax 705.472.9743) <input type="checkbox"/> Developmental delays in one or more domains
North Bay Indigenous Friendship Centre - 705.472.2811 Ext 204 (Fax 705.472.5251) <input type="checkbox"/> Aboriginal Healthy Babies Healthy Children <input type="checkbox"/> Aboriginal Family Support Program (CAPC) <input type="checkbox"/> Community Support / FASD Program	Métis Nation of Ontario - 705.474.2767 Ext 314 (Fax 705.474.9427) <input type="checkbox"/> Métis Healthy Babies Healthy Children Program

Additional Information:

--

Referred by:

Name	Agency
Date	Phone

Parent has provided verbal consent for the referral and the forwarding of the referral to the appropriate agency I am in agreement with a referral for service(s) for the child identified above. The above written reason for referral is accurate and has been discussed and explained to me. I give permission for this information to be shared electronically with One Kids Place for the purposes of this referral. I understand that a paper and electronic file may be created and that I may be contacted in the future for research and evaluation purposes. I understand that the agencies identified above will contact me directly to arrange an intake interview.

IMPORTANT NOTICE: This facsimile communication is intended only for the use of the individual or entity to which it is addressed, and information contained in this transmission is privileged and confidential. If the reader of this message is not the intended recipient, you are hereby notified that any dissemination, distribution, or copying of this communication is prohibited. If you receive this transmission in error, please notify us by telephone immediately, and destroy. Please advise our office immediately if transmission of any documents do not fax properly. Thank you.

À envoyer par téléc. : 705 474-0127

Renseignements sur la famille

Nom de l'enfant	D.D.N.	Sexe
Nom du parent/Tuteur	Téléphone	
Adresse		
Fournisseur de soins de santé	Téléphone	
Pédiatre	Rourke <input type="checkbox"/> ci-joint	oui non <input type="checkbox"/> ci-joint
Préférez-vous une approche autochtone en matière de services?		
Langue de choix		

Raison du renvoi (cocher toutes les raisons qui s'appliquent)

Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound - 1 800 563-2808 (Téléc. : 705 474-7037) <input type="checkbox"/> Bébés en santé enfants en santé <input type="checkbox"/> Santé bucco-dentaire	MAINS – 1 800 668-8555 (Téléc. : 705 495-1373) <input type="checkbox"/> le Programme ontarien des services en matière d'autisme dans le Nord-Est de l'Ontario <input type="checkbox"/> Comportement <input type="checkbox"/> Capacités cognitives <input type="checkbox"/> Développement social et affectif
La place des enfants – 1 866 626-9100 (Téléc. : 705 474-0127) <input type="checkbox"/> le Programme ontarien des services en matière d'autisme dans le Nord-Est de l'Ontario <input type="checkbox"/> Alimentation et déglutition <input type="checkbox"/> Motricité fine <input type="checkbox"/> Motricité globale <input type="checkbox"/> Orthophonie	Services pour le développement du jeune enfant- 1 877 303-0910 (Téléc. : 705 472-9743) <input type="checkbox"/> Retards de développement dans au moins un domaine
Centre d'amitié autochtone de North Bay – 705 472-2811, poste 204 (Téléc. : 705 472-5251) <input type="checkbox"/> Bébés en santé enfants en santé à l'intention des Autochtones <input type="checkbox"/> Programme de soutien aux familles autochtones (PACE) <input type="checkbox"/> Soutien communautaire / Programme de l'ETCAF	Nation métisse de l'Ontario – 705 474-2767, poste 314 (Téléc. : 705 474-9427) <input type="checkbox"/> Bébés en santé enfants en santé à l'intention des Autochtones

Autres renseignements

--

Renvoyé par :

Nom	Organisme
Date	Téléphone

Le parent a donné un consentement verbal au renvoi et à l'acheminement du formulaire de renvoi à l'organisme visé.

Je consens au renvoi de l'enfant susmentionné vers les services nécessaires. La raison du renvoi indiquée ci-dessus est exacte; on en a discuté avec moi et on m'a fourni les explications nécessaires. Je permets qu'on communique ces renseignements par voie électronique à La place des enfants aux fins du renvoi. Il est entendu qu'on pourrait créer un dossier papier ou électronique et qu'on pourrait communiquer avec moi plus tard aux fins de recherche et d'évaluation. Il est entendu que les organismes susmentionnés communiqueront avec moi directement pour organiser l'entrevue d'accueil.

AVIS IMPORTANT: Cette communication par télécopieur est destinée strictement à la personne ou à l'entité à qui elle s'adresse et contient des renseignements privilégiés et confidentiels. Si vous n'êtes pas le ou la destinataire prévu, vous êtes avisé par la présente qu'il est strictement interdit de divulguer, de distribuer ou de copier cette communication. Si vous avez reçu cette transmission par erreur, veuillez nous en avvertir par téléphone immédiatement et la détruire. En cas d'erreur de transmission d'un document par télécopieur, veuillez communiquer avec notre bureau sans délai. Merci