



**SEDOM Diagnostic Center**  
**Special Education District of McHenry County**  
**1200 Claussen Drive, Woodstock, IL 60098**  
**Ph: (815) 338-3660 Fax: (815) 338-7550**

**REFERRAL FOR SERVICES**

Student's Name: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 Gender: M F  
 District: \_\_\_\_\_  
 School Name: \_\_\_\_\_  
 Teacher: \_\_\_\_\_  
 Teacher Email: \_\_\_\_\_  
 Teacher Phone: \_\_\_\_\_  
 Grade/Program: \_\_\_\_\_

Father's Name: \_\_\_\_\_  
 Mother's Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_  
 Home Phone: \_\_\_\_\_  
 Cell/Work Phone: \_\_\_\_\_  
 Primary Language (of family): \_\_\_\_\_  
 Parent email address: \_\_\_\_\_

Does this student receive special education services? Yes No  
 If yes, what are those services?

**Please indicate the type(s) of assessment needed:**

- Audiological Evaluation
- Auditory Processing Disorder Screening
- FM Evaluation/Services
- Vision Evaluation
- Functional Vision Evaluation
- Autism Consultation/Observation
- Autism Evaluation (ADOS)
- Bilingual Psychological Evaluation
- Bi-Lingual Academic/Lang. Needs Assmnt
- Bi-Lingual Home/School Services
- Bi-Lingual Translations
- Bi-Lingual Consultations
- Bi-Lingual Speech/Lang. Screening
- Psychiatric Evaluation
- Psychiatric Consultation (Center Students Only)
- Person Centered Planning (Mapping)
- TAP (Transition to Adulthood Process)

- Seating and Mobility Clinic
- Student (if non-SEDOM Center) will be transported by:
  - Parent
  - District
  - District requests SEDOM transport
- Orientation & Mobility Evaluation
- Assistive Technology Evaluation
  - AT Medicaid/Insurance (if applicable)
- Assistive Technology Services
- Neurological Evaluation
- Functional Driver Evaluation
- Functional Driver Services
- Independent Case Study Evaluation
  - Psychology
  - Social Development Study
  - Speech Evaluation
  - Occupational Therapy Evaluation
  - Physical Therapy Evaluation

**Please state your reason for referral:**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Authorized District Representative**

\_\_\_\_\_  
**Title** \_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Parent or Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**District Contact Person & Title**

\_\_\_\_\_  
**Case Manager (If different from contact person)**

Address: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_



**SEDOM Centro Diagnostico**  
**El Distrito Especial de la Educacion de Condado de McHenry**  
**1200 Claussen Drive, Woodstock, IL 60098**  
**Ph: (815) 338-3660 Fax: (815) 338-7550**

**Referencia Para Servicios**

<b>Nombre de Estudiante:</b> _____	<b>Nombre de Padre:</b> _____
<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____	<b>Nombre de Madre:</b> _____
<b>Genero:</b> M H	
<b>Distrito:</b> _____	<b>Direccion:</b> _____
<b>Nombre de la Escuela:</b> _____	<b>Cuidad:</b> _____ <b>Codigo Postal:</b> _____
<b>Maestro:</b> _____	<b>TEL. Casa:</b> _____
<b>Telefono de Maestro:</b> _____	<b>TEL. Celular/Trabajo:</b> _____
<b>Correo Electronico de Maestro:</b> _____	<b>Idioma Primario de Familia:</b> _____
<b>Gradua/Programa:</b> _____	<b>Correo Electronica de los Padres:</b> _____

**Recibe este estudiante servicios de educacion de especial? Si No**  
**Si es asi, cuales son estos servicios?**

**Indique por favor el tipo(s) de la evaluacion necesito:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluacion Audiologica                               | <input type="checkbox"/> Clinica de Asiento y Movilidad              |
| <input type="checkbox"/> Evaluacion/Ensayo de FM                              | El estudiante (si el Centro de no-SEDOM) sera transportado por:      |
| <input type="checkbox"/> Evaluacion de Vision                                 | <input type="checkbox"/> Padre                                       |
| <input type="checkbox"/> Evaluacion Funcional de Vision                       | <input type="checkbox"/> Distrito                                    |
| <input type="checkbox"/> Consulta/Observacion de Autismo                      | <input type="checkbox"/> El distrito solicita el transporte de SEDOM |
| <input type="checkbox"/> Evaluacion de Autismo (ADOS)                         | <input type="checkbox"/> Evaluacion de Orientacion y Movilidad       |
| <input type="checkbox"/> Evaluacion Psicologica Bilingue                      | <input type="checkbox"/> Asistencia Tecnologia Evaluacion            |
| <input type="checkbox"/> Academico/idioma Bilingue Necesita Evaluacion        | <input type="checkbox"/> AT Medicaid/Seguro (si aplicable)           |
| <input type="checkbox"/> Servicios Bilingue de Casa/Escuela                   | <input type="checkbox"/> Asistencia Tecnologia Servicios             |
| <input type="checkbox"/> Traducciones Bilingue                                | <input type="checkbox"/> Evaluacion de Neurologia                    |
| <input type="checkbox"/> Consultas Bilingues                                  | <input type="checkbox"/> Evaluacion Funcional de Conductor           |
| <input type="checkbox"/> Investigacion Bilingue de Discurso/Idioma            | <input type="checkbox"/> Servicios Funcional de Conductor            |
| <input type="checkbox"/> Evaluacion de Siquiatica                             | <input type="checkbox"/> Evaluacion Independiente de Caso            |
| <input type="checkbox"/> Consulta de Siquiatica (Estudiantes del Centro Solo) | <input type="checkbox"/> Evaluacion Psicologica                      |
| <input type="checkbox"/> Personalizo Viva Independiente                       | <input type="checkbox"/> Estudio de Desarrollo Social                |
| <input type="checkbox"/> La Persona Centro la Planificacion (Cartografia)     | <input type="checkbox"/> Evaluacion de Discurso                      |
| <input type="checkbox"/> TAP (Transacuib a Proceso de Adulto)                 | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional                         |
|   | <input type="checkbox"/> Fisioterapia                                |

**Indique por favor su razon para la referencia:**

_____	_____	_____
<b>Firma de Autoridad del Representante del Distrito</b>	<b>Titulo</b>	<b>Fecha</b>

_____	_____
<b>Firma de Padre, Madre o Guardian</b>	<b>Fecha</b>

<b>Persona a quien contactar:</b> _____	<b>Embale a Director:</b> _____
<b>(Designado del Distrito y Titulo)</b>	<b>(si diferente de contacta a persona)</b>

<b>Direccion:</b> _____	<b>Direccion:</b> _____
-------------------------	-------------------------

<b>Telefono:</b> _____	<b>Telefono:</b> _____
------------------------	------------------------

<b>Correo Electronico:</b> _____	<b>Correo Electronico:</b> _____
----------------------------------	----------------------------------