



2019-20 Aplicación

Un Programa de Community Action of Laramie County

Laramie County Head Start (LCHS) presenta una gran oportunidad para recibir una experiencia de aprendizaje increíble para los niños desde prenatal hasta los 5 años. Las familias disfrutan de la enseñanza individualizada, la educación, el programa de comida gratis de la USDA, y servicios de transportación limitados. LCHS apoya por completo el involucramiento de los padres, servicios para la salud mental, y servicios para los discapacitados.

***Estamos listos para ayudar con cualesquiera preguntas que tiene-
¡Llame al (307) 634-5829!***

LCHS es un programa que se apoya con fondos federales sin costo para nuestras familias.

Debemos tener **un certificado de nacimiento** y **información para calificar** para procesar la aplicación.

He traído un comprobante con 12 meses de información para calificar con los siguientes documentos:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Formulario de Impuestos 1040 | <input type="checkbox"/> Reembolso de Foster care | <input type="checkbox"/> W-2 |
| <input type="checkbox"/> La manutención del menor | <input type="checkbox"/> Préstamo de estudiante | <input type="checkbox"/> Desempleo |
| <input type="checkbox"/> Documentación de seguridad de ingreso suplementario SSI | <input type="checkbox"/> Documentación de TANF/POWER | <input type="checkbox"/> Historia de Beneficios de estampías |
| | | <input type="checkbox"/> Otro, explica: |

12 meses de talones de cheques o sobres de pagos

¡Creemos que – **Un niño sano es un niño listo para aprender!** Por esto **se requieren** los siguientes documentos para completar el archive del niño(a):

- Examen Dental
- Examen Médico, incluyendo
 - Hematocrito o Hemoglobina (H/H)
 - Una detección precoz del plomo
- Registro Completo de Inmunizaciones

Dice el Capítulo 1, Sección 3(b) de Las Reglas y Regulaciones del Departamento de Saludo para Inmunizaciones en las Escuelas: Ninguna Administrador de una facilidad que cuida niños retendrá un en clases sin un comprobante escrito para comprobar sus inmunizaciones según el horario de vacunas que publica por el Oficial de Salud por el Estado, acepto cuando hay exención según las que se menciona en la norma.

Apreciamos el tiempo que dan para cumplir esta aplicación porque es esencial en determinar la elegibilidad, y para priorizar la aplicación. Por Favor, llene la aplicación completamente antes de la cita de inscripción.

Su cita de inscripción

es para: _____ **a las:** _____ **am/pm** en **1521 Dunn Ave**, Cheyenne

El completar una cita de inscripción no le garantiza un espacio en Head Start. Si tiene preguntas acerca de la aplicación, o si tiene preguntas acerca de completarla llámenos,

utilizando el número **(307) 634-5829**.

Solicitante					
Primer Nombre	Segundo	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Genero <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Hispano/Latino/Orígenes de España <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Norteamericano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Bi/Multi-Racial <input type="checkbox"/> No especificado	
Ingles - Fluidez <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Proficiente		Otro Idioma	Otro Idioma - Fluidez <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	¿Tiene seguridad Dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Medicaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Va a solicitar	Seguranza Principal #		Otro Seguranza #		
Número:					
Doctor			Dentista		
Dirección			Dirección		
Teléfono			Teléfono		
Fecha del Último Examen Médico	___/___/___ <input type="checkbox"/> Ningún		Fecha del Último Examen Dental	___/___/___ <input type="checkbox"/> Ningún	
Dirección de la Familia		Dirección 2º Línea	Código Postal	Ciudad	Estado
Dirección de Correo (si es diferente)		Dirección 2º Línea	Código Postal	Ciudad	Estado
Estatus del Hogar	<input type="checkbox"/> Dueños <input type="checkbox"/> Arriendan <input type="checkbox"/> Arriendan con una escala <input type="checkbox"/> Arriendan con Cheyenne Housing Authority <input type="checkbox"/> Ningún		Nuestra Casa Es <input type="checkbox"/> Económico <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otro, explica:		
Busco	<input type="checkbox"/> Otra Vivienda <input type="checkbox"/> Comprar Mi Propia Casa <input type="checkbox"/> Ningún		¿Durante el último año has pasado por uno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Mudarse <input type="checkbox"/> Estar sin Hogar <input type="checkbox"/> Evicción <input type="checkbox"/> Vivido en un hogar temporario <input type="checkbox"/> Ningún		
Explica:					
Número de Teléfono		Tipo (marque uno) <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		Nota (extensión of Mejor hora para llamar)	
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro			
Adulto Principal (1) M/Padre o Tutor Legal			¿Proporciona Apoyo Financiero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Primer Nombre	Segundo	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Genero <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Hispano/Latino/Orígenes de España <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Norteamericano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Bi/Multi-Racial <input type="checkbox"/> No especificado	
Ingles - Fluidez <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Proficiente		Otro Idioma	Otro Idioma - Fluidez <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	Tiene Seguridad de: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Busca <input type="checkbox"/> Ningún	
¿Tiene Custodia? ¿Padre Adolescente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Relación	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Otro	
Nivel de educación más alto <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Colegio <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> 12º sin graduarse <input type="checkbox"/> Algo en la universidad <input type="checkbox"/> Otro _____		Estatus de Empleo (Marque todo que se aplica) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleo Temporal <input type="checkbox"/> Mitad Tiempo <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> En Clases <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> En un programa de capacitación		¿Participa en un programa de capacitación? <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Habilidades <input type="checkbox"/> Negocios <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> JOBS <input type="checkbox"/> JTPA <input type="checkbox"/> Cambios <input type="checkbox"/> Job Corp <input type="checkbox"/> Otro _____ Tiene Certificado/Licencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo _____ <input type="checkbox"/> Empezó <input type="checkbox"/> Termino <input type="checkbox"/> Busca un programa de Capacitación	
¿Busca educación adicional		¿Busca empleo			
¿Vive con Familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dirección:					
¿Está Casado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Nombre de esposo:					

Para el uso de la agencia solamente Solicitante: _____ Cumpleaños: _____

Adulto Secundario (2) M/Padre o Tutor Legal

¿Proporciona Apoyo Financiero? Sí

Primer Nombre	Segundo	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Genero <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Hispano/Latino/Orígenes de España <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Norteamericano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Bi/Multi-Racial <input type="checkbox"/> No especificado	
Ingles - Fluidez <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Proficiente		Otro Idioma	Otro Idioma - Fluidez <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		Tiene Seguridad de: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Busca <input type="checkbox"/> Ningún
¿Tiene Custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Padre Adolescente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Relación	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Otro		¿Miembro Militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nivel de educación más alto <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Colegio <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> 12° sin graduarse <input type="checkbox"/> Algo en la universidad <input type="checkbox"/> Otro _____		Estatus de Empleo (Marque todo que se aplica) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleo Temporal <input type="checkbox"/> Mitad Tiempo <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> En Clases <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> En un programa de capacitación		¿Participa en un programa de capacitación? <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Habilidades <input type="checkbox"/> Negocios <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> JOBS <input type="checkbox"/> JTPA <input type="checkbox"/> Cambios <input type="checkbox"/> Job Corp <input type="checkbox"/> Otro _____ Tiene Certificado/Licencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo _____ <input type="checkbox"/> Empezó <input type="checkbox"/> Termino <input type="checkbox"/> Busca un programa de Capacitación	
¿Vive con Familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dirección: _____					

Otro Adulto (3) M/Padre o Tutor Legal

¿Proporciona Apoyo Financiero? Sí

Primer Nombre	Segundo	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Genero <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Hispano/Latino/Orígenes de España <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Norteamericano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Bi/Multi-Racial <input type="checkbox"/> No especificado	
Ingles - Fluidez <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Proficiente		Otro Idioma	Otro Idioma - Fluidez <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		Tiene Seguridad de: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Busca <input type="checkbox"/> Ningún
¿Tiene Custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Padre Adolescente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Relación	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Otro		¿Miembro Militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nivel de educación más alto <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Colegio <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> 12° sin graduarse <input type="checkbox"/> Algo en la universidad <input type="checkbox"/> Otro _____		Estatus de Empleo (Marque todo que se aplica) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleo Temporal <input type="checkbox"/> Mitad Tiempo <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> En Clases <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> En un programa de capacitación		¿Participa en un programa de capacitación? <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Habilidades <input type="checkbox"/> Negocios <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> JOBS <input type="checkbox"/> JTPA <input type="checkbox"/> Cambios <input type="checkbox"/> Job Corp <input type="checkbox"/> Otro _____ Tiene Certificado/Licencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo _____ <input type="checkbox"/> Empezó <input type="checkbox"/> Termino <input type="checkbox"/> Busca un programa de Capacitación	
¿Vive con Familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dirección: _____					

Alert Media - Le doy permiso al personal de Head Start para utilizar la siguiente información para participar en Alert Media, que le permite a Head Start comunicar información importante, como cierres de escuelas, cancelaciones de autobuses y actividades para padres por mensaje de texto o correo electrónico. Entiendo que la participación es opcional.

Sí No **1. Nombre de m/padre / tutor legal:** _____

Iniciales: La mejor manera de contactar: **Texto: celular #** _____

Dirección de correo electrónico: _____

Sí No **1. Nombre de m/padre / tutor legal:** _____

Iniciales: La mejor manera de contactar: **Texto: celular #** _____

Dirección de correo electrónico: _____

Miembros de la familia adicionales/Otras personas en el hogar

Nombre Completo			Cumpleaños		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Miembro 1	Custodia Adulto 1 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino/ Español <input type="checkbox"/> Otro	Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Norteamericano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Bi/Multi-Racial <input type="checkbox"/> No especificado	Ingles - Fluidez <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Proficiente		
	Adulto 2 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Adulto 3 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Otro Idioma			Otro Idioma - Fluidez		<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	

Nombre Completo			Cumpleaños		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Miembro 2	Custodia Adulto 1 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino/ Español <input type="checkbox"/> Otro	Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Norteamericano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Bi/Multi-Racial <input type="checkbox"/> No especificado	Ingles - Fluidez <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Proficiente		
	Adulto 2 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Adulto 3 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Otro Idioma			Otro Idioma - Fluidez		<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	

Nombre Completo			Cumpleaños		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Miembro 3	Custodia Adulto 1 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino/ Español <input type="checkbox"/> Otro	Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Norteamericano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Bi/Multi-Racial <input type="checkbox"/> No especificado	Ingles - Fluidez <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Proficiente		
	Adulto 2 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Adulto 3 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Otro Idioma			Otro Idioma - Fluidez		<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	

Nombre Completo			Cumpleaños		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Miembro 4	Custodia Adulto 1 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino/ Español <input type="checkbox"/> Otro	Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Norteamericano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Bi/Multi-Racial <input type="checkbox"/> No especificado	Ingles - Fluidez <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Proficiente		
	Adulto 2 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Adulto 3 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Otro Idioma			Otro Idioma - Fluidez		<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	

Contactos de Emergencia-(No Se ponen los Padres/tutores legales)

Contacto 1	Nombre – Puede Levantar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Relación		Teléfono# - Indica (C)celular (H) Hogar (W)Trabajo	
					C H W	
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	C H W	
Contacto 2	Nombre – Puede Levantar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Relación		Teléfono# - Indica (C)celular (H) Hogar (W)Trabajo	
					C H W	
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	C H W	
Contacto 3	Nombre – Puede Levantar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Relación		Teléfono# - Indica (C)celular (H) Hogar (W)Trabajo	
					C H W	
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	C H W	
				C H W		

Transportación¿Desea usare el transporte escolar de Head Start? Sí No

- Familia necesita transporte seguro Miembro de la familia necesita una licencia de conducir actual
 Necesita información sobre de asientos del coche/seguridad Vive más lejos que 5 millas del centro de Head Start más cercano **Ningún**

Para el uso de la agencia solamente Solicitante: _____ Cumpleaños: _____

Guardería Usa una guardería durante las horas de escuela/trabajos Usa un programa para antes/después de la escuelaOtra persona aparte de los Padres que cuida a mi hijo(a) _____
Teléfono# _____ /Relación _____ Necesita una guardería NingúnNombre(s) de personas **QUE NO PUEDEN** recoger a mi hijo(a)***Nota* Si una persona es un(a) p/madre/tutor legal se requiere documentos adicionales para que no recojan****Experiencias**

¿Experimentaron los miembros de la familia inmediata algunos de los siguientes acontecimientos durante el año pasado?

- Foster care Preocupaciones suicidas Pérdida de amigo / familia por suicidio
 Cuento de ahorros/Cuento de desarrollo individual Muerte de un padre/tutor Cambio de empleo Separación
 Desorganización Social Problemas de Salud Perdido de empleo Matrimonio
 Preocupaciones de la salud mental Problemas Legales Aumento de sueldo Divorcio
 Preocupación sobre el abuso de drogas Problemas dentales de adultos Trabajo con beneficios Encarcelación
 Abuso/Negligencia Infantil Documentado Sospechado Otro Ningún

Explique todas las cajas que se marcaron arriba: _____

Servicios

¿El niño o la familia han recibido uno de los siguientes servicios?

- Life Net Consejo profesional Subsidio de Foster Care LIEAP
 Act! Now SNAP (food stamps) Subsidio de Child Care DFS Family Preservation
 SSI WIC GreenPath Child Support
 TANF/POWER Desempleo Maternal Child Health Dads Making a Difference
 Weatherization NEEDS Asistencia del teléfono CLIMB Wyoming
 Workforce Services Otro: _____ Ningún

Explique todas las cajas que se marcaron arriba: _____

Permiso para servicios Sí No **Uso de Bloqueador Solar** - Para jugar afuera, doy mi permiso que los empleados de Head Start apliquen Iniciales: bloqueador solar de mínimo SPF 15 a mi hijo(a) cuando sea necesario. También entiendo que puedo proveer mi propio bloqueador. Sí No **Permiso para un Viaje de Estudio** – Doy mi permiso a los empleados de Head Start de llevar mi hijo(a) en Iniciales: viajes de estudio dentro de los límites de la ciudad, lugares tales como parques locales, supermercados, o bibliotecas. Entiendo que la transportación, si es necesario, se proveerá utilizando el autobús de Head Start. Entiendo que permiso especial se obtendrá para viajes que se consideren atípicos, tales como viajes a una granja, o una feria al aire libre de calabaza, viajes fuera de los límites de la ciudad, etc. Sí No **Transportación** – Doy permiso a los empleados de Head Start de transportar a mi hijo(a) hacia y Iniciales: desde el salón de clase. Seguiré las reglas que se han listado en el manual de los padres. Sí No **Transferir Registros** – Doy permiso a Head Start de transferir los registros de mi hijo(a) de Head Iniciales: Start al distrito de la escuela al final del año. Sí No **Compartir el número de Teléfono** – Doy permiso a los empleados de Head Start a que den mi Iniciales: número de teléfono a otros padres de Head Start. Sí No **Publicar en la Prensa** – Doy permiso a que los miembros de mi familia que participan en actividades de Iniciales: Head Start aparecen, con su primer nombre en fotos/video tomado bajo la supervisión de Head Start con el fin de promocionar a Head Start en el periódico, la tele, u otros materiales promocionales.

Consentimiento para las Pruebas de Salud

Yo, _____, doy mi permiso para que _____

Nombre de M/Padre/Guardián Legal

Nombre de Niño(a)

Reciba las pruebas que marque con mis iniciales en la sección de abajo, y para recibir transporte hacia y desde donde se efectúen las pruebas. Yo entiendo que estos servicios son necesarios por el programa de Head Start y que me informarán de los resultados. El proceso de la prueba podrá indicar una necesidad de un examen más completo por parte de un médico familiar.

Medidas de peso/altura - Iniciales:

Prueba de Visión/Estrabismo-Iniciales:

Prueba de Oídos-Iniciales:

Permiso para compartir información y observaciones con STRIDE

Yo autorizo que El Centro de Aprendizaje de STRIDE observe y participe en comunicación verbal o escrito por el beneficio de mi hijo(a). Todos los registros pertinentes y información se podrán compartir entre agencias si es necesario para la coordinación de cuidado de mi hijo(a). Entiendo que esta información se utilizará en el mayor interés para mi hijo(a) para proveerle la mayor experiencia educacional. Entiendo que yo puedo negar consentimiento a compartir información con STRIDE.

Firma de M/Padre/ Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Permiso para evaluar, usando el Cuestionario Edades y Etapas

El propósito del Cuestionario Edades y Etapas es evaluar niños(as) para problemas potenciales en el futuro de su desarrollo. Esta prueba mide las habilidades del niño(a) para comunicarse, hacer movimientos motrices, resolver problemas y habilidades personales y sociales. Los resultados se compartirán con UDS. Si hay preocupaciones en alguna de esas áreas, se podría indicar la necesidad de una evaluación formal. Entiendo que al firmar esto, solo doy permiso a que le hagan una prueba a mi hijo(a), no una evaluación formal. Toda la información se mantendrá confidencial.

Firma de M/Padre/ Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Permiso para Observar

Doy mi permiso a los empleados de Head Start y/o los consultantes profesionales de Salud Mental y/o empleados de PEAK Wellness observan y evalúan el bienestar emocional y social de mi hijo(a). Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial. Si se requiere una evaluación más allá que estas, o si se requiere tratamiento para las preocupaciones sociales y emocionales, se hará una reunión específica en lo cual se hablará de las preocupaciones conmigo (M/Padre/Tutor Legal) antes de que yo doy permiso para tal evaluación o intervención. LCHS evaluará su hijo(a) para el bienestar social/emocional usando las siguientes herramientas:

- Cuestionario Edades y Etapas: Social/Emocional (ASQ:S/E)
- El Programa WY Early Screening Project (ESP)

Firma de M/Padre/ Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Formulario Anuario para la inscripción para CACFP (Solo para niños(as) en las Aulas)

Entiendo que mi hijo(a) que vive en la dirección indicada en la aplicación recibirá un desayuno, un almuerzo y un bocadillo en la tarde gratis, por cada día de asistencia de lunes a jueves.

Los últimos cuatro dígitos de seguridad social del adulto principal: _____

Firma de M/Padre/ Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Staff Signature: _____ Date: _____

By signing the staff member acknowledges verification and/or explanation of purpose and intent of the information contained on the pages, and that the consents/permissions are valid for one year from the date signed.

Para el uso de la agencia solamente Solicitante: _____ Cumpleaños: _____

****Si hay una preocupación/necesidad especial de salud Ud. Tiene que reunirse con la **Manejadora de Salud/Nutrición y/o Nutricionista antes** de que su hijo reciba servicios de Head Start. ****

Historia Nutricional	¿Tiene el/la solicitante una dieta especial?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, explica:
	¿Tiene el /la solicitante una alergia a cualquier alimento que NO DEBE comer mientras que está dentro de Head Start?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, explica:
	¿Hay algún(os) alimento(s) que el/la solicitante NO DEBE comer mientras que está en Head Start ya sea para razones médicas, religiosas, o para razones personales?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, explica:
	¿Ha experimentado el/la solicitante un gran cambio en su dieta durante el mes pasado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, explica:
	¿Mastica o come el/la solicitante cosas que no son comida?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, explica:
	¿Tiene el/la solicitante problemas con masticar/tragar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, explica:
	¿Tiene Ud. una preocupación acerca de qué o cómo come el/la solicitante?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, explica:
	¿Tiene el/la solicitante un riesgo nutricional? (Ej. Fracaso para prosperar)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, explica:
	¿Vigilan al/a la solicitante para una preocupación de estar sobre/bajo de peso?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, explica:
	¿Quiere Ud. que el/la solicitante sigue su dieta especial mientras que asiste clases en Head Start?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, explica:
	¿Toma el/la solicitante vitaminas/suplementos nutricionales?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, tipo _____
	*****Si se contestó que sí, ¿Son de receta médica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Contienen: <input type="checkbox"/> Hierro <input type="checkbox"/> Florido <input type="checkbox"/> Ningún

¿Indique, que a menudo su hijo(a) come comida de los siguientes grupos **EN UNA SEMANA?**

Leche, queso, yogur	0	1	2	3	4	5	6	7	7+
Carne, pollo, pescado, huevos/frijoles secos, guisantes, mantequilla de maní	0	1	2	3	4	5	6	7	7+
Arroz, sémola de maíz, pan, cereal, tortillas	0	1	2	3	4	5	6	7	7+
Verdes, zanahorias, brocoli, calabaza del invierno, calabaza, camotes	0	1	2	3	4	5	6	7	7+
Naranjas, toronja, tomates	0	1	2	3	4	5	6	7	7+
Otra fruta/verduras	0	1	2	3	4	5	6	7	7+
Jugos	0	1	2	3	4	5	6	7	7+
Aceite, mantequilla, margarina, manteca	0	1	2	3	4	5	6	7	7+
Tortas, galletas, sodas, bebidas de fruta, dulces	0	1	2	3	4	5	6	7	7+

Comidas que le gustan a mi hijo(a) son...

Comidas que no le gustan a mi hijo(a) son...

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o
(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Historia de Salud: Marque si el/la solicitante tiene actualmente o ha tenido una de las siguientes condiciones¿Hay alguna enfermedad o afección por la cual el solicitante va a un médico regularmente? Sí No ¿Toma **medicaciones** regularmente por una enfermedad el/la solicitante? Sí No

Si conteste sí a las preguntas arriba, ¿Cuáles son la(s) condición(es)? Por favor marca abajo:

Trastornos de respirar: Asma Virus sincitial respiratorio Coqueluche

Trastornos de sangre: Anemia Alto Plomo Tendencias de sangrar Anemia Falciforme

Trastornos de piel: Eczema Sarpullido Urticaria Escabiosas

Enfermedades Comunicables: MRSA Varicela Estreptocócico

Otras enfermedades/condiciones: Diabetes Parálisis Cerebral Epilepsia/convulsiones

Otra condiciones o enfermedades no listadas: _____

Instrucciones o necesidades especiales: _____

Alergias	<input type="checkbox"/> Pólenes/estacional	<input type="checkbox"/> Animales/mascotas	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Comidas
<input type="checkbox"/> Picaduras de abeja/mordidas de insectos	<input type="checkbox"/> Otro, explica: _____			<input type="checkbox"/> Ningún
A su hijo(a) le da sarpullido, se hincha, pica su piel, estornuda, o tiene dificultades con respirar cuando: <input type="checkbox"/> Come comidas				
<input type="checkbox"/> Toma cualquier medicamento	<input type="checkbox"/> Cuando cerca de animales, piel de animal, insectos, polvo, etc.			<input type="checkbox"/> Ningún
<input type="checkbox"/> Otro, explica: _____				

Nota Si su hijo(a) tiene una alergia a comida debes proveer los documentos médicos para verificar la alergia.

¿Estas condiciones afectan sus actividades diarias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Existe una condición que no se mencionó que afecta sus actividades diarias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Como tratan la condición?	
¿Necesitamos acomodar la condición en Head Start?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Explica, lo de arriba:	

Historia Dental	¿El/La solicitante ha ido al dentista? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, fecha: _____
El/La Niño(a) recibe	<input type="checkbox"/> Agua con florido <input type="checkbox"/> Aplicación tópica de florido
<input type="checkbox"/> Dieta con suplementos de florido (____ Pastilla, ____ Liquido)	<input type="checkbox"/> Ningún
¿El/La solicitante tiene problemas con sus dientes, engoma, o boca?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, explica: _____

Hospitalizaciones y Enfermedades: El/La solicitante ha experimentado:	<input type="checkbox"/> Caída grave	<input type="checkbox"/> Herida de Cabeza
<input type="checkbox"/> Una operación	<input type="checkbox"/> Se enveneno	<input type="checkbox"/> Quemaduras
<input type="checkbox"/> Huesos rotos	<input type="checkbox"/> Enfermedad grave:	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Accidente grave	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Ningún

El/La Solicitante tiene frecuentes ocurrencias:	<input type="checkbox"/> Dolores del estomago	<input type="checkbox"/> Vomita	<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Infección Urinaria	<input type="checkbox"/> Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/> Dolor de Garganta
<input type="checkbox"/> Otro, explica: _____	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Ningún	

Preocupaciones con la vista	<input type="checkbox"/> Se acerca demasiado a los libros para leer	<input type="checkbox"/> Ojos giran hacia adentro o afuera	<input type="checkbox"/> Gira cabeza para usar un ojo
<input type="checkbox"/> Bizquea sus ojos	<input type="checkbox"/> Otra preocupación con la vista, explica: _____		<input type="checkbox"/> Ningún
Preocupaciones con los oídos	<input type="checkbox"/> Duelen sus orejas con frecuencia	<input type="checkbox"/> Liquido sale de oreja(s)	<input type="checkbox"/> Favorece una oreja
<input type="checkbox"/> Frota sus orejas	<input type="checkbox"/> Otra preocupación de los oídos, explica: _____		<input type="checkbox"/> Ningún
Explica lo de arriba:			

Utiliza lo Siguiente	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Refuerzos	<input type="checkbox"/> Audífono	<input type="checkbox"/> Lentes/lentes de contactos
	<input type="checkbox"/> Muletas/bastón	<input type="checkbox"/> Tubos en las orejas	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ningún

Explica lo de arriba:

Complete solamente para solicitantes que son niños(as) – Marque para niños de tres años y mayor				
<input type="checkbox"/> Usa una botella	<input type="checkbox"/> Chupa su pulgar	<input type="checkbox"/> Se Orina durante el día	<input type="checkbox"/> Usa Panales	
<input type="checkbox"/> Orina en la cama	<input type="checkbox"/> Otro, explica: _____			<input type="checkbox"/> Ningún

Para el uso de la agencia solamente Solicitante: _____ Cumpleaños: _____

Complete solamente para el/la solicitante-Desarrollo social y emocional

¿Cuáles intereses o actividades le gustan a su hijo(a)?

¿Cómo avisa su hijo(a) que tiene que usar el baño?

¿Cómo reacciona su hijo(a) con un grupo de niños?

¿Cómo reacciona su hijo(a) con pocos niños de su edad?

¿Cómo reacciona su hijo(a) con un adulto desconocido?

¿Su hijo(a) toma una siesta durante el día?

¿Cuándo? Mañana Tarde

No, Sí, ¿Por cuánto tiempo?

¿Su hijo(a) duerme menos de 8 horas al día o tiene dificultades para dormir (tiene pesadillas o quiere mantenerse despierto)?

No, Sí Si contestó sí, describe la situación?

¿Su hijo(a) parece preocupado(a) o miedoso(a)?

No, Sí, si contestó sí, explica:

A veces los niños están irritables o lloran cuando están cansados, enfermos, con hambre y así sucesivamente.

¿Su hijo(a) esta irritable o llora por otras cosas y Ud. no sabe por qué?

No, Sí, si contestó sí, explica:

¿Qué hace para que se sienta mejor su hijo(a)?

Su hijo(a) esta afectado por:

Asuntos/preocupaciones Familiares

Cambios drásticas los últimos 6 meses

Preocupaciones sociales/emocionales por lo cual espera que su hijo(a) reciba atención adicional.

Ningún

Preguntamos que su hijo(a) hace bien y que les cuesta para individualizar en su enseñanza. Marque cuando su hijo aprendió cada habilidad:

Habilidad	Más Temprano	Quando se esperó	Luego	Habilidad	Más Temprano	Quando se esperó	Luego
Sentarse solo(a)	<input type="checkbox"/> 4-5 meses	<input type="checkbox"/> 6-7 meses	<input type="checkbox"/> 8+ meses	Gatear	<input type="checkbox"/> 6-7 meses	<input type="checkbox"/> 8 meses	<input type="checkbox"/> 9+ meses
Caminar	<input type="checkbox"/> 9-12 meses	<input type="checkbox"/> 13-15 meses	<input type="checkbox"/> 16+ meses	Hablar	<input type="checkbox"/> 9-11 meses	<input type="checkbox"/> 12-18 meses	<input type="checkbox"/> 19 meses
Vestirse/ Alimentarse	<input type="checkbox"/> 14-16 meses	<input type="checkbox"/> 17-18 meses	<input type="checkbox"/> 19+ meses	Usar el baño	<input type="checkbox"/> 18-23 meses	<input type="checkbox"/> 24-30 meses	<input type="checkbox"/> 30+ meses
Responde a direcciones	<input type="checkbox"/> 22-23 meses	<input type="checkbox"/> 24 meses	<input type="checkbox"/> 25+ meses	Entender lo que le dice	<input type="checkbox"/> 4-8 meses	<input type="checkbox"/> 9-12 meses	<input type="checkbox"/> 13+ meses
Usa crayones	<input type="checkbox"/> 10-11 meses	<input type="checkbox"/> 12 meses	<input type="checkbox"/> 13+ meses	Jugar con juguetes	<input type="checkbox"/> 4-5 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input type="checkbox"/> 7+ meses

Explica lo de arriba:

Complete solamente para el/la solicitante -Servicios Especiales

El/La niño(a) tiene una discapacidad documentada (trae la copia del IEP/IFSP) Sí No

Niño(a) trabaja con STRIDE Learning Center Niño(a) tiene un hermano(a)/padre con una discapacidad

Niño(a) trabaja con una clínica de desarrollo (CRMC, DCH, Una Práctica Privada)

Mi hijo(a) ve a una especialista para _____ en (nombre de la clínica): _____

Dirección: _____ Telefono: _____

¿Le preocupa el comportamiento, atención, o desarrollo de su hijo(a) en unas de las áreas a continuación?

Movimientos Finos

Cognitivo

Atención

Ningún

Movimientos Amplios

Lenguaje

Otro, explica

Social/Emocional

Comportamiento

¿Le cuesta a su hijo(a) explicar lo que quiere o te cuesta entender a su hijo(a)?

No, Sí, si contestó sí, explica:

Explica lo de arriba:

Complete solamente para el/la solicitante – Historia Prenatal/Del Nacimiento

Peso de Niño(a) al nacer: _____ libras _____ Onzas	<input type="checkbox"/> No Se
Termino del embarazo _____ #semanas <input type="checkbox"/> Completo (40sms) <input type="checkbox"/> Mas que 40 sms <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Prematuro(a)	
Clase de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesaría <input type="checkbox"/> No Se	
Lugar del nacimiento <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de Partos <input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Se	
Duración de tiempo que permaneció en el Hospital <input type="checkbox"/> Rutina 1-2 días <input type="checkbox"/> No rutina (menos que una semana) <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Más que un mes <input type="checkbox"/> 1 semana a 1 mes	
¿La madre recibió más que 2 visitas prenatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> La primera vez que recibió cuidado prenatal: <input type="checkbox"/> Primeros 3 meses <input type="checkbox"/> Últimos 3 meses <input type="checkbox"/> Segundo 3 meses <input type="checkbox"/> No Se	
La madre experimentó: <input type="checkbox"/> Complicaciones/problemas de salud durante el embarazo <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Complicaciones/Problemas de salud durante el parto <input type="checkbox"/> No Se	
El/La bebe experimentó: <input type="checkbox"/> Problemas durante el embarazo <input type="checkbox"/> Defectos observables al nacer <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Problemas al nacer <input type="checkbox"/> Problemas en la guardería infantil <input type="checkbox"/> No Se	
¿Durante su embarazo, estuvo expuesta a cualquier de los siguientes? <input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Cigarrillos/tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Drogas sin receta <input type="checkbox"/> Drogas recetadas <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Está la madre embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Se – si contestó sí, ¿Está recibiendo cuidado prenatal?	
Explica:	

Complete solamente si está aplicando para Early Head Start como Madre Embarazada

¿Cuántos años tenía Ud. con su primer embarazo? _____	¿Es este un embarazo que se planeó? <input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí
Día estimado del parto ____/____/____	Proveedor de Salud: <input type="checkbox"/> Publico, <input type="checkbox"/> Privado, <input type="checkbox"/> Otra Clínica Medica <input type="checkbox"/> Ningún
¿Has hecho una visita prenatal? <input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> Primeros 3 meses <input type="checkbox"/> Segundo 3 months <input type="checkbox"/> Últimos 3 Months <input type="checkbox"/> Ningún cuando:	
¿Ha recibido Ud. intervenciones de Salud Mental y verificación que incluye prevención y tratamiento del abuso de sustancias (drogas/alcohol/Tabaco)?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí, si contestó sí explica: _____
¿Has recibido información prenatal sobre el desarrollo del feto?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí, si contestó sí explica: _____
¿Ha recibido Ud. Información sobre los beneficios de amamantar?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí, si contestó sí explica: _____
¿Es un embarazo de alto riesgo?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí, si contestó sí explica: _____
¿Existen complicaciones con su embarazo actual?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí, si contestó sí explica: _____
¿Tuvo Ud. problemas con un embarazo previo?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí, si contestó sí explica: _____
¿Necesitaba reposo en cama u hospitalización durante su embarazo ACTUAL? ¿Cuál era la causa?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí, si contestó sí explica: _____
¿Necesitó reposo en cama u hospitalización durante un embarazo PREVIO? ¿Cuál era la causa?	<input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí, si contestó sí explica: _____
Marque si ha tenido complicaciones con un embarazo(s) actual (C), previo (P) o Ningún (N/A)	
Diabetes del embarazo <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N/A	Hipertensión del embarazo <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N/A
Dolor <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N/A	Sangre anormal <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N/A
Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N/A	Muerte neonatal <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N/A
Partido laborista prematuro <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N/A	Se ha hinchado <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N/A
Diabetes <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N/A	Hipertensión <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N/A
Durante su embarazo estuvo expuesto a: <input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cigarrillos/tabaco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Drogas sin receta <input type="checkbox"/> Drogas recetadas	



Physical Form

Child's Name: _____

Date of Birth: _____

Date of Exam: _____
 Meets EPSDT Well Child Check requirements for _____ (indicate age)
 Height _____ Weight _____
 Head Circumference _____
 Blood Pressure _____

Date of Test _____
 Hematocrit _____ Hemoglobin _____
 Hct or Hgb is due at 8-12 months, 18-24 months, and after 36 months. Please indicate:
 8-12month 18 -24month 36 month
Date of Lead Screening _____
 Results _____
 Lead screening is due at 12 & 24 months, or at enrollment, if not done previously. Please indicate:
 12month & 24month **Or** At enrollment

Hearing Date of last _____
 OAE Immitance Pure Tone
 Results _____

Vision Date of last _____
 Acuity- Results _____
 Strabismus- Results _____

General Assessment

	Normal	Abnormal	Not Eval		Normal	Abnormal	Not Eval
General Appearance				Genitalia			
Posture, Gait				Bones, Joints, Muscles			
Speech				Neurological/Social			
Head				Gross Motor			
Skin				Fine Motor			
Eyes				Communication Skills			
Ears				Cognitive			
Nose, Mouth, Pharynx				Self-Help Skills			
Teeth				Social Skills			
Heart				Glands(Lymphatic, thyroid)			
Lungs				Muscular Coordination			
Abdomen				Other:			

Comments _____

Are there any conditions present that could impact upon the child's participation in the Head Start Program? (Such as: asthma, allergies, chronic illnesses, birth defects, etc. Please attach verifying documentation if possible.)
 No Yes, if yes, please explain:

Health Provider's Contact Information and Signature

Provider Printed Name _____

Phone Number _____

Fax Number _____

Practice Name _____

Address _____

Provider Signature _____

Date _____

Please return this form to Head Start at mailing address:
 211 W. 19th Street, Cheyenne, WY 82001 or fax to (307)638-2432
 If you have any questions, please call (307)634-5829.

This page left blank intentionally.



Oral Health Care Form

Patient Information

Applicant's Name _____

Date of birth _____

Is this practice the applicant's dental home? Yes No

Oral Health Care Services Delivered This Visit ➔

Date ___/___/___

Diagnostic/Preventative Services

Examination Yes No
 X-rays: Yes No
 Risk assessment Yes No
 Cleaning Yes No
 Fluoride varnish Yes No
 Dental sealants Yes No

Counseling/Anticipatory Guidance

Yes No

Referral to Specialty Care

Yes No

Please specify specialist

Restorative/Emergency Care

Fillings Yes No
 Crowns Yes No
 Extractions Yes No
 Emergency care Yes No
 Other _____

Please specify

Current Oral Health Status

Does the Patient have any teeth with untreated decay? Yes No

Does the Patient have any teeth that have previously been treated for decay, including fillings, crowns, or extractions? Yes No

Does the pregnant woman have gum disease? Yes No

Are there treatment needs? Yes, urgent Yes, not urgent No treatment needs

Future Oral Health Care Services

All treatment completed Yes No

Next recall date ___/___/___

More appointments needed for treatment?

If yes, approximate number of appointment needed _____

Next appointment date ___/___/___

Time _____

Additional Information for Parents, Head Start Staff and Medical Providers

Oral Health Provider's Contact Information and Signature

Provider Printed Name _____

Phone Number _____

Fax Number _____

Practice Name _____

Address _____

Provider Signature _____

Date _____

Please return this form to Head Start at mailing address:
 211 W. 19th Street, Cheyenne, WY 82001 or fax to (307)638-2432
 If you have any questions, please call (307)634-5829.