

Once I complete and turn in my child's application what will happen next?

Upon receiving your application, the Recruitment & Enrollment team will process your application & input the information into our database. Your child will then be placed on the income eligible or over-income waitlist for the site requested.

Head Start has specific slots for age-eligible over-income children, and the majority of those slots go to children with identified disabilities

When will I hear if my child is in the program?

If you turn in an application between January and August (for the next program year - that starts in September 2009), and IF your child is selected to attend Bear River Head Start, you will receive a letter informing you your child has been accepted into the program.

After August 29, 2009, your child will remain on the waitlist until there is an opening and they are selected (based on the ratings criteria). **You will be called** by a member of the Recruitment & Enrollment team IF your child was selected to fill the vacancy.

What if I move after I submit my application?

It is important to notify Bear River Head Start as soon as possible when there is a change in address and/or phone number. Please call us at 877-755-0081 to update your new phone number and, if applicable, your address.

Will my child get into the program?

If your child is a foster or a homeless child, your chances are excellent; **but we cannot guarantee your child will get in.** The federal government determines who gets first priority in receiving services in Head Start and foster and/or homeless children are priority children.

If your child is **age and income eligible**, your chances are very good; **but we cannot guarantee your child will get in. We have a waiting list every year!** The program **IS NOT** first-come first-served, but the sooner you turn in your application the better, as first selections are made early in the summer. Government regulations require service to **those in the community who need the services the most.** Therefore, each application is rated based on the information provided in the application.

Transportation?

Transportation is **not provided** to or from school.

Transportation Alternatives: home-based option or parents can create car pools.

How much does Head Start cost?

Head Start is a free program; there is no cost to parents for any services.

Where do I find more information about and Head Start?

www.brheadstart.org

www.nhsa.org

877-755-0081

BEAR RIVER HEAD START APPLICATION

YEAR: 2009-2010

Preschool Head Start (PHS) Early Head Start (EHS) Child Care Connection (CCC)

95 West 100 South Suite 200 * LOGAN, UTAH 84321

CACHE COUNTY 755-0081 OR TOLL FREE 1-877-755-0081

Box Elder (435) 730-2626 or 734-9343 / Fielding (435) 881-1881 / Franklin (208) 852-3012 / Oneida (208) 766-2200

Dear Parents/Guardians:

Bear River Head Start is a free (no cost to the parents/guardians), federally funded, comprehensive pre-school program. Federal income guidelines and child/family circumstances are considered to determine eligibility.

Complete separate applications for each program if applying for more than one child.

This application will not be complete until we have received a copy of the following:

Proof of age-birth certificate **OR** christening/blessing certificate

Income verification-Need 1 of the following documents, listed in order of preference.

Tax form (1040) **OR** W-2 form **OR** checks stubs = 12 months preferred **OR** letter from employer **OR** verification from TANF **OR** SSI

Are you receiving any benefits under the Federal Temporary Assistance to Needy families (TANF) program formerly known as the AFDC program? YES NO SSI? YES NO

Children in SSI programs or Foster Care/families or Public Assistance (TANF) are income eligible

Please attach a copy of your child's/family's documentation for the program participated in.

Immunization Record (please copy front & back. Immunizations need to be up to date)

PLEASE NOTE THAT IF THE ITEMS LISTED ABOVE ARE NOT PRESENTED WITH YOUR APPLICATION, WE WILL BE UNABLE TO KEEP & PROCESS YOUR APPLICATION.

Children with **disabilities or special needs** are welcome. Please attach a copy of your child's IEP or IFSP to the application

Head Start involves families as well as the Head Start Child. Parent support is vital to the success of the program. Parents (families) are encouraged to volunteer time to the program.

Volunteering can include helping in the classroom, preparing activities at home, serving on Parent committees, etc.

Upon acceptance into the program, your child will be assigned to a home-based or center-based class.

In addition, your family will receive Family Advocate services. Family Advocate services focus on strengthening the family, literacy/education and employability.

Center-based children will be riding the Head Start bus monthly for field trips. Home-based children may ride the Head Start bus for their field trips.

HEAD START DOES NOT TRANSPORT CHILDREN TO OR FROM SCHOOL.

I have read and understand the above and would like to apply to have my child in Bear River Head Start, I understand that by filling out this application I am not guaranteed enrollment.

CLASS OPTIONS:

When selecting a class option note which class is your 1st choice & note a 2nd choice.

<p>HOME BASED (PHS & EHS)</p> <p>Utah: Box Elder (PHS or EHS), Cache (PHS or EHS) Rich, Snowville</p> <p>Idaho: Bannock, Caribou, Franklin (PHS or EHS)</p> <p>PHS ONLY YOUR CHILD MUST BE 3 BY SEPTEMBER 1ST TO BE ELIGIBLE FOR THE HOMEBASED PROGRAM</p>	<p>CENTER BASED (PHS only)</p> <p>Utah: Brigham AM Brigham PM, Koop AM Logan AM Logan PM, Fielding AM, Hyrum PM, Millville AM, Richmond AM, Smithfield AM</p> <p>Idaho: Malad AM, Preston AM Preston PM, Soda Springs AM Paris AM</p> <p>YOUR CHILD MUST BE 4 BY SEPTEMBER 1ST TO BE ELIGIBLE FOR CENTERBASED PRESCHOOL</p>
--	--

Three year old children who are accepted into the home based program can “rollover” the following year to the center based program without having to re-apply or re-qualify. Once your child is enrolled in Head Start they will stay in the program until the parents “withdraw” them or they go to kindergarten.

The Koop is our only center based class for 3 year olds. The total number of children in the class is 16 and 75% of those kids “rollover” from the Early Head Start program., leaving less than 5 openings for those who are applying for the 1st time.

Preschool Head Start classes are held Monday through Thursday, 4 hours a day.

Classes are closed for all holidays & most breaks that public school take.

MEDICAL & DENTAL REQUIREMENTS-Contact *Health Specialist at 1-877-755-0081, ext 324.*

- Physical:** Your child will need a yearly physical exam with a medical doctor.
- Hematocrit/Hemoglobin:** Your child will need a hematocrit or hemoglobin to be done at the time of their physical if they are NOT on WIC for the 2009-2010 school year.
- Lead Test:** *If your child has never had a lead test but has Medicaid insurance, obtain a lead test at the time of their physical. If your child doesn't not have Medicaid insurance, please call the Health Specialist at 1-877-755-0081, ext 324.*
- Dental Exam:** Your child will need a dental exam with a dentist. If your child is on a regular six month schedule with his or her dental care, please obtain a copy of your child's latest six month exam.
- Immunizations: Immunizations needed for Preschool enrollment in**

Utah: DTP-4, HIB-1, Polio-3, MMR-1, Hep A-2, Hep B-3, Varicella-1, Prevnar/PCV7/Phuennococcal-4

Idaho: DTP-4, HIB-1, Polio-3, MMR-2, Hep B-3

All Earnings Must be Reported

Earnings from Employment
Wages and salary
Non-farm self-employment income
Farm self-employment income

Income from Assets (Property Income)

Regular/passbook savings accounts in a bank, savings and loan, or credit union

Money market deposit accounts

Certificates of deposit

NOW, Super NOW, or other interest-earning checking accounts

Money market funds

U.S. Government securities

Municipal or corporate bonds

Other interest-earning assets

Stocks or mutual fund shares

Rental property

Mortgages

Royalties

Other financial investments

Other Income Sources

Social security

U.S. Government railroad retirement

Federal supplemental security

State administered supplemental security income

State unemployment compensation

Supplemental unemployment benefits

Black lung payments

Workers' compensation

State temporary sickness or disability benefits

Employer or union temporary sickness policy

Other Income Sources (continued)

Payments from a sickness, accident, or disability insurance policy purchased on your own

Aid to Families with Dependent Children (AFDC), (ADC)

General assistance or general relief

Indian, Cuban, or refugee assistance

Foster child care payments

Other welfare

Child support payments

Alimony payments

Pensions from a company or union

Federal civil service or other Federal civilian employee pension

U.S. military retirement

National Guard or Reserve Forces retirement

State government pensions

Local government pensions

Income from paid-up life insurance policies or annuities

Estates and trusts

Other payments for retirement, disability or survivors, and G.I. Bill/VEAP education benefits

Income assistance from a charitable group

Other unemployment compensation (e.g., Trade Adjustment Act benefits, strike pay, other)

Veterans' compensation or pensions

Money from relatives or friends

Lump sum payments

Income from roomers or boarders

National Guard or Reserve pay

Incidental or casual earnings

Other cash income not included elsewhere

Bear River Head Start Aplicación

Información de Miembro de la Familia

<i>Personal</i> Child Plus # _____	Date application received _____	Staff recruiter _____
---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------

Por favor marcar solo uno: (PHS) Preschool Head Start **(EHS) Early Head Start** **(CCC) Child Care Connection**

Nombre del niño(a):	Fecha de nacimiento del niño(a):	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
---------------------	----------------------------------	--

Habilidad del Inglés <input type="checkbox"/> Idioma Principal <input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende) <input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende) <input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco) <input type="checkbox"/> Bueno (Habla y entiende)	Otro Idioma que Hablan Idioma Principal _____ Cual es su país natal _____	Raza (Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--	--

Nombre del Adulto Principal: (persona llenando la aplicación)	Fecha de Nacimiento del Adulto Principal:
--	---

Domicilio

Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

Domicilio donde recibe correo (Sí es diferente de su Domicilio)

Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

¿Donde vive es un arreglo temporal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Si sí, es debido a pérdida de hogar O porque no puede seguir pagando su casa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cualquiera de los siguiente aplica a su casa en este momento? <input type="checkbox"/> Compartiendo una residencia <input type="checkbox"/> Viviendo en un hotel, O en un refugio <input type="checkbox"/> Viviendo en un coche, el parque, un campamento, O en espacio público <input type="checkbox"/> Viviendo en un espacio sin facilidades adecuadas
---	---	--

Teléfono de casa ()	Teléfono celular ()	Teléfono del trabajo ()	Teléfono de mensaje ()
-------------------------	-------------------------	-----------------------------	----------------------------

Cuántos en Casa	Cuántos de Familia	# Total de Niños en su familia	# de Niño's de 0 - 3 años	# de Niño's de 4-5 años
-----------------	--------------------	--------------------------------	---------------------------	-------------------------

Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Cuidado Familiar <input type="checkbox"/> Adoptivo	Idioma principal hablado en casa:
---	-----------------------------------

Indique por favor una primera elección con un "1" y una segunda elección con un "2"

Opciones PHS Programa Basado en el Hogar: ___ Box Elder ___ Cache ___ Rich ___ Caribou ___ Franklin ___ Snowville ___ South Bannock Opciones EHS Programa Basado en el Hogar: ___ Cache ___ Box Elder ___ Franklin Idioma en que prefiere la visita Inglés O Español marcar uno	Opciones PHS Programa Basado en el Centro: ___ Brigham AM ___ Brigham PM ___ CCC Combination ___ Fielding ___ Hyrum ___ Logan AM ___ Logan PM ___ Koop (3 year olds) ___ Millville ___ Richmond ___ Smithfield ___ Paris ___ Preston AM ___ Preston PM ___ Malad ___ Soda Springs
--	--

Por favor marcar todo lo que usted recibe: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> ¿Asistencia Pública que clase? _____ <input type="checkbox"/> ¿SSI que clase? _____ <input type="checkbox"/> Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> WIC ID# _____

Referencia (por favor presente documentación) <input type="checkbox"/> Distrito Escolar <input type="checkbox"/> Departamento de salud O WIC <input type="checkbox"/> CAPSA <input type="checkbox"/> Doctor/Asistencia de salud <input type="checkbox"/> La División de Servicios de Niños y Familia O CPS <input type="checkbox"/> Programa Up to 3 <input type="checkbox"/> Otro (Explicar) _____
--

¿En qué idioma prefiere recibir correspondencia? ___ Inglés ___ Español

Certificación: Yo certifico que la información es verdadera. También entiendo que la información en esta aplicación se mantendrá en estricta confidencia dentro de la agencia Y esta a mi disposición durante las horas de trabajo. Entiendo que debo contactarme con Head Start si tengo cualquier cambio a esta aplicación.

Firma de Padre/Guardián _____ **Fecha** _____

Firma de Madre/Guardián _____ **Fecha** _____

Padres de Early Head Start: Por favor, que se llene por la Madre del niño(a) si esta embarazada

¿Esta embarazada? [] Sí [] No Si usted contestó sí conteste por favor las preguntas siguientes.	¿Esta su embarazo cubierto por seguro médico? [] Asistencia Pública [] Seguro Privado [] Ninguno Nombre de Proveedor:	Recibe cuidado prenatal: [] Sí [] No
Fecha esperada del Parto ___/___/___	¿Esta tomando parte en apoyo o grupos educativos para el embarazo, nacimiento de niños, o Crianza de hijos durante su embarazo actual? [] Sí [] No	
Tiene visitas regulares por una Enfermera, Trabajadora Social, Persona de apoyo de la escuela, etc. durante su embarazo actual: ¿Quién la visita?: _____ Agencia: _____	El uso de sustancias durante el embarazo: (Marque todos los que aplican): Alcohol [] Sí [] No Otras Drogas: [] Sí [] No Especificar: _____ Cafeína [] Sí [] No Drogas sin receta: [] Sí [] No Especificar: _____ Cigarrillos [] Sí [] No Drogas Recetadas: [] Sí [] No Especificar: _____	Su Proveedor de cuidado prenatal primario: _____ Su Doctor de cabecera : (Sí es diferente) _____
Servicios Médicos O de salud que actualmente recibe: [] Actualmente no recibo ningún servicio [] Asistencia Médica Desde cuando ___/___/___ [] Tratamiento por Abuso de Sustancia, Desde cuando ___/___/___ Otros Servicios, Especifique _____ [] Consejero de salud mental / Tratamiento, Desde cuando ___/___/___ [] WIC / Otros servicios de Nutrición, Desde cuando ___/___/___		

DEBAJO DE LA LIÑA, INFORMACION PARA LA OFFICINA

<i>Para el uso de la Oficina</i> Family Income for the last 12 months						
Type codes		Description Codes		Verification codes		
ERN-Earned	SUB-Subsidized	PEN-Pension	SSI-SSI	W2-W-2	TX-Tax Forms	EL-Employer Letter
TANF-TANF	SSI-SSI	SS-Social Security		CS-Checks stubs	TANF-TANF	Other -fill in verification
Family Member	Date	Amount	Per Week Month	Annual Amount	Type	Verification

<i>Para el uso de la Oficina</i>		
Proof of Birth Verified with: [] Birth Certificate [] Blessing/Christening Certificate [] Authorized Verification from Hospital Initialed by: _____	Up to Date/Current Immunizations (Copy included with application) [] Yes [] No Initialed by: _____	Yearly Income: Verified by: _____ Date: _____ RK#: _____ [] Income Eligible [] Over Income [] Other _____

Información de Miembro de la Familia

Adulto Primario

Adulto Primario			
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Vive con la Familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Provee apoyo financiero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nivel de Educación <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Entrenamiento/Técnica Cert. <input type="checkbox"/> Poca Universidad/Escuela Técnica <input type="checkbox"/> Recibir un diploma de Preparatoria	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> El Grado 12 <input type="checkbox"/> El Grado 11 <input type="checkbox"/> El Grado 10 <input type="checkbox"/> El Grado 9 o Menos	Estatus Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Escuela Técnica o Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado
Habilidad del Inglés <input type="checkbox"/> Idioma Principal <input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende) <input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende) <input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco) <input type="checkbox"/> Bueno (Habla y entiende)	Otro Idioma que Hablan Idioma Principal Cual es su País natal	Raza (Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Que es su relación al niño aplicando para Bear River Head Start? Tiene Custodia legal del niño aplicando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Adulto Secundario

Adulto Secundario			
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Vive con la Familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Provee apoyo financiero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono de casa () ()	Teléfono celular () ()	Teléfono del trabajo () ()	Teléfono de mensaje () ()
Domicilio (sí es diferente de la familia)			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Domicilio donde recibe correo (Sí es diferente de su Domicilio)			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Nivel de Educación <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Entrenamiento/Técnica Cert. <input type="checkbox"/> Poca Universidad/Escuela Técnica <input type="checkbox"/> Recibir un diploma de Preparatoria	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> El Grado 12 <input type="checkbox"/> El Grado 11 <input type="checkbox"/> El Grado 10 <input type="checkbox"/> El Grado 9 o Menos	Estatus Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Escuela Técnica o Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado
Habilidad del Inglés <input type="checkbox"/> Idioma Principal <input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende) <input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende) <input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco) <input type="checkbox"/> Bueno (Habla y entiende)	Otro Idioma que Hablan Idioma Principal Cual es su País natal	Raza (Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Que es su relación al niño aplicando para Bear River Head Start? Tiene custodia legal del niño aplicando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Contactos

Nombre:		Tipo de Teléfono	Teléfono	Relación al niño(a)	Contacto de Emergencia	Dejar salir con ellos
Domicilio		Casa	()		Sí []	Sí []
Ciudad		Celular	()		No []	No []
Estado	Código Postal	Trabajo	()			
Nombre:		Tipo de Te Teléfono	Teléfono	Relación al niño(a)	Contacto de Emergencia	Dejar salir con ellos
Domicilio		Casa	()		Sí []	Sí []
Ciudad		Celular	()		No []	No []
Estado	Código Postal	Trabajo	()			
Nombre:		Tipo de Teléfono	Teléfono	Relación al niño(a)	Contacto de Emergencia	Dejar salir con ellos
Domicilio		Casa	()		Sí []	Sí []
Ciudad		Celular	()		No []	No []
Estado	Código Postal	Trabajo	()			

Es muy importante que tengamos la información completa en caso de emergencia!!!

Informe por favor a estas personas que usted los ha puesto como contacto para Bear River Head Start

Doctor/Dentista de su Niño

Nombre de Doctor O Clínica		Fecha de la ultima cita	
Teléfono	Domicilio	Ciudad	Estado
Nombre de Dentista O Clínica		Fecha de la ultima cita	
Teléfono	Domicilio	Ciudad	Estado

Información de Contacto para el Padre que no tiene la Custodia

Da su permiso para que Bear River Head Start pueda contactar al Padre que no tiene la custodia para el propósito de Head Start? Sí [] No []		
Nombre	Domicilio	Estado
Fecha de Nacimiento	Ciudad	Código Postal

Necesidades para servicios (si aplicable)

Liste por favor preocupaciones específicas por las cuales cree usted que su hijo(a) debe asistir a Head Start. (Ejemplo: Preocupación de la Familia/Niño(a) / necesidades /condiciones, incapacidad, preocupación del desarrollo, divorció, padre tiene dificultad hablando /leyendo, muerte en la familia dentro del último año)

Esta su niño(a) en un IEP/IFSP? [] No [] Sí Distrito Escolar _____

PADRES POR FAVOR MARQUEN LOS QUE APLICAN:

- [] Actualmente Registrado en Preeschool Head Start [] Registrado Pasado de Preeschool Head Start [] No aplica
- [] Actualmente Registrado en Early Head Start [] Registrado Pasado de Early Head Start [] No aplica
- [] Actualmente Registrado en Child Care Connection [] Registrado Pasado de Child Care Connection [] No aplica

OTROS NIÑOS EN FAMILIA (niño(a) que no esta aplicando para Head Start)

Nombre del Niño(a):		Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento:	
Su relación con el niño aplicando			
Habilidad del Inglés <input type="checkbox"/> Idioma Principal <input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende) <input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende) <input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco) <input type="checkbox"/> Bueno (Habla y entiende)	Otro Idioma que Hablan Idioma Principal Cual es su País natal	Raza (Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Nombre del Niño(a):		Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento:	
Su relación con el niño aplicando:			
Habilidad del Inglés <input type="checkbox"/> Idioma Principal <input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende) <input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende) <input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco) <input type="checkbox"/> Bueno (Habla y entiende)	Otro Idioma que Hablan Idioma Principal Cual es su País natal	Raza (Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Nombre del Niño(a):		Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento:	
Su relación con el niño aplicando:			
Habilidad del Inglés <input type="checkbox"/> Idioma Principal <input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende) <input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende) <input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco) <input type="checkbox"/> Bueno (Habla y entiende)	Otro Idioma que Hablan Idioma Principal Cual es su País natal	Raza (Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Nombre del Niño(a):		Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento:	
Su relación con el niño aplicando:			
Habilidad del Inglés <input type="checkbox"/> Idioma Principal <input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende) <input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende) <input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco) <input type="checkbox"/> Bueno (Habla y entiende)	Otro Idioma que Hablan Idioma Principal Cual es su País natal	Raza (Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro: _____	

OTROS ADULTOS EN FAMILIA (que no sea el adulto principal o secundario)

Nombre:		Apellido:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Fecha de Nacimiento:	
Su relación con el niño aplicando:					
Nivel de Educación		Estatus Laboral			
<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Temporal		
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> El Grado 12	<input type="checkbox"/> (35 horas o más)	<input type="checkbox"/> Escuela Técnica o Entrenamiento		
<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> El Grado 11	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Desempleado		
<input type="checkbox"/> Entrenamiento/Técnica Cert.	<input type="checkbox"/> El Grado 10	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Ama de Casa		
<input type="checkbox"/> Poca Universidad/Escuela Técnica	<input type="checkbox"/> El Grado 9 o Menos	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado		
<input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria					
Habilidad del Inglés <input type="checkbox"/> Idioma Principal		Otro Idioma que Hablan		Raza (Marque todos los que aplican)	
<input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende)		Idioma Principal		<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende)		Cual es su País natal		<input type="checkbox"/> Indio Americano	
<input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco)				<input type="checkbox"/> Afro Americano	
<input type="checkbox"/> Bueno (Habla y entiende)				<input type="checkbox"/> Isla del Pacifico	
				<input type="checkbox"/> Hispano	
				<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Nombre:		Apellido:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Fecha de Nacimiento:	
Su relación con el niño aplicando:					
Nivel de Educación		Estatus Laboral			
<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Temporal		
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> El Grado 12	<input type="checkbox"/> (35 horas o más)	<input type="checkbox"/> Escuela Técnica o Entrenamiento		
<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> El Grado 11	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Desempleado		
<input type="checkbox"/> Entrenamiento/Técnica Cert.	<input type="checkbox"/> El Grado 10	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Ama de Casa		
<input type="checkbox"/> Poca Universidad/Escuela Técnica	<input type="checkbox"/> El Grado 9 o Menos	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado		
<input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria					
Habilidad del Inglés <input type="checkbox"/> Idioma Principal		Otro Idioma que Hablan		Raza (Marque todos los que aplican)	
<input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende)		Idioma Principal		<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende)		Cual es su País natal		<input type="checkbox"/> Indio Americano	
<input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco)				<input type="checkbox"/> Afro Americano	
<input type="checkbox"/> Bueno (Habla y entiende)				<input type="checkbox"/> Isla del Pacifico	
				<input type="checkbox"/> Hispano	
				<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Nombre:		Apellido:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Fecha de Nacimiento:	
Su relación con el niño aplicando:					
Nivel de Educación		Estatus Laboral			
<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Temporal		
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> El Grado 12	<input type="checkbox"/> (35 horas o más)	<input type="checkbox"/> Escuela Técnica o Entrenamiento		
<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> El Grado 11	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Desempleado		
<input type="checkbox"/> Entrenamiento/Técnica Cert.	<input type="checkbox"/> El Grado 10	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Ama de Casa		
<input type="checkbox"/> Poca Universidad/Escuela Técnica	<input type="checkbox"/> El Grado 9 o Menos	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado		
<input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria					
Habilidad del Inglés <input type="checkbox"/> Idioma Principal		Otro Idioma que Hablan		Raza (Marque todos los que aplican)	
<input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende)		Idioma Principal		<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende)		Cual es su País natal		<input type="checkbox"/> Indio Americano	
<input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco)				<input type="checkbox"/> Afro Americano	
<input type="checkbox"/> Bueno (Habla y entiende)				<input type="checkbox"/> Isla del Pacifico	
				<input type="checkbox"/> Hispano	
				<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Bear River Head Start
FORMA DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del niño(a) _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
Nombre de los padres _____ Número de teléfono _____

SERVICIOS MÉDICOS/INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tiene otro **seguro de salud**? [] Sí [] No Nombre de la póliza y el número _____
¿Tiene **seguro dental**? [] Sí [] No Nombre de la póliza y el número _____
¿Su niño está recibiendo **otros servicios médicos**? [] Si [] No Por favor explique _____

¿Ha recibido su niño/a servicios de WIC desde Diciembre 2008? [] sí [] no

Por Favor, escriba la ciudad específica del departamento de WIC donde recibe servicios su hijo/a _____

Si ha recibido servicios, por favor firme abajo. Al firmar, Usted está dando permiso a Bear River Head Start para pedir documentación de la prueba de sangre (Hematocrito/Hemoglobina) mas reciente de su niño de la oficina de WIC.

Como padre/apoderado de _____, doy mi permiso a Bear River Head Start para recibir documentación de la prueba de sangre (Hematocrito/Hemoglobina) de mi hijo/a.

Firma del Padre/Apoderado

Fecha

RECORD DE SALUD DEL NIÑO

Embarazo/historial de nacimiento (Por favor explique las respuestas "sí" en la línea después de la pregunta).

Sí No

— — ¿Tuvo la madre problemas de salud durante el embarazo o durante el parto? _____
— — ¿Visitó la madre a un doctor menos de 2 veces durante el embarazo? _____
— — ¿Nació el niño fuera de un hospital? _____
— — ¿Nació el niño más de 3 semanas temprano o tarde? _____
— — ¿Tuvo el niño un peso bajo al nacer? _____
— — ¿Cuánto pesó el niño al nacer? _____ libras, _____ onzas.
— — ¿Hubo algunas preocupaciones de salud con el niño al nacer? _____
— — ¿Hubo algunas preocupaciones de salud con el niño en el cuarto de bebés? _____
— — ¿Tuvieron que quedarse el niño o la madre en el hospital más de lo debido por razones médicas? _____
— — ¿Está embarazada la madre ahora? _____

Hospitalizaciones y enfermedades (Por favor explique las respuestas "sí" en la línea después de la pregunta).

Sí No

— — ¿Han operado al niño o ha estado hospitalizado? _____
— — ¿Ha tenido el niño un accidente serio (huesos quebrados, heridas en la cabeza, caídas, quemaduras, envenenamiento)? _____
— — ¿Ha tenido el niño una enfermedad seria? _____
— — ¿Ha tenido el niño radiografías del pecho? _____

Problemas de salud

¿Tiene su niño algunas de las siguientes condiciones *frecuentemente*? (Por favor explique las respuestas "sí" en la línea después de la pregunta).

Sí No

— — dolor de garganta _____
— — tos _____
— — infección urinaria o problemas orinando _____
— — dolor de estómago, vomito, diarrea _____

¿Su hijo ha tenido **O** actualmente tiene algunas de las siguientes enfermedades o condiciones? (Por favor marque cualquier enfermedad o condición que aplica)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> diviesos | <input type="checkbox"/> tos ferina | <input type="checkbox"/> enfermedad del corazón/sanguinia |
| <input type="checkbox"/> viruela | <input type="checkbox"/> urticaria | <input type="checkbox"/> enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> eczema | <input type="checkbox"/> polio | <input type="checkbox"/> fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> rubeola | <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> sarampión |
| <input type="checkbox"/> escarlatina | <input type="checkbox"/> tendencia a sangrar | <input type="checkbox"/> papera |
| <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> células falciformes | <input type="checkbox"/> epilepsia |
| <input type="checkbox"/> nivel de plomo alto | <input type="checkbox"/> sobre peso | <input type="checkbox"/> bajo de peso |
| <input type="checkbox"/> problemas con los dientes, ensias, o boca | <input type="checkbox"/> abuso o abandono de niño | <input type="checkbox"/> staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA) |

Por favor explique cualquier enfermedad o condición que fue marcada arriba:

Sí No

- — ¿Ha tenido su hijo una convulsión? Si la respuesta es sí ¿cuándo pasó la última vez? _____
- — ¿Está tomando su hijo medicina para las convulsiones? Si la respuesta es sí ¿cuál medicina? _____

ALERGIAS (Por favor escriba todas las alergias y la **REACCIÓN DEL NIÑO** a los alérgenos cuando es expuesto a ellos).

COMIDA Alergias/Reacción _____

MEDICAMENTOS Alergias/Reacción _____

OTRO Alergias cuando está cerca de animales, pieles, polvo, etcétera/Reacción _____

Visión y audio (Por favor explique las respuestas "sí" en la línea después de la pregunta).

Sí No

- — ¿Tiene el niño dificultad para ver (bizquea, cruza los ojos, ve muy cerca los libros)? _____
- — ¿Su hijo usa (o debe usar) lentes? Si la respuesta es sí ¿el último tratamiento fue hace más de un año? _____
- — ¿Tiene el niño problemas con los oídos/audio (tubos en los oídos, dolor de oído, frecuentes dolores de oídos, descarga de los oídos, frotarse o favorecer un oído)? _____

Información de medicamento/doctor

Sí No

- — ¿Está tomando el niño algún medicamento ahora? (Forma de consentimiento especial debe ser firmada para que Head Start administre cualquier medicina) **Si la respuesta es sí: ¿Cuál medicina?** _____
- ¿Va a necesitar ser dada cuando el niño esté en Head Start? _____
- ¿A qué hora se debe dar la medicina? _____
- — ¿TOMA EL NIÑO TABLETAS O ENJUAGUE DE FLUORURO?
- — ¿Está siendo tratado ahora el niño por un doctor o dentista?
- Si la respuesta es sí ¿para cuáles condiciones o enfermedades? _____
- Nombre del doctor** _____

Sí No

- — ¿Alguna de las condiciones discutidas arriba impide las actividades diarias del niño?
- Si la respuesta es sí, describa como están limitadas las actividades* _____
- — ¿Le dijo un doctor u otro profesional de salud que el niño tenía este problema? *Si la respuesta es sí ¿cuando?* _____
- — ¿Hay alguna otra condición que **NO** ha sido discutida que impide las actividades diarias del niño?
- Si la respuesta es sí ¿cuáles condiciones?* _____
- Describe como están limitadas las actividades _____
- — ¿Le dijo un doctor u otro profesional de salud que el niño tenía este problema? *Si la respuesta es sí ¿cuando?* _____

FORMA DE PERMISO DE EVALUACIÓN

Bear River Head Start tiene mi permiso para hacer las evaluaciones necesarias durante el año. Estas evaluaciones sencillas incluyen los siguientes: (Por favor ponga sus iniciales en cada espacio)

(Por favor ponga sus iniciales) _____ Audición y Visión (Por favor ponga sus iniciales) _____ Evaluación del Desarrollo

(Por favor ponga sus iniciales) _____ Peso/Altura

Estas evaluaciones son requeridas para todos los niños en Head Start. Le aseguramos que la información de los exámenes será usada para planear actividades especiales para su niño.

Padre(s)/Apoderado legal: _____ Fecha: _____

Para informales mas efectivamente a las familias de los servicios que provee Head Start, por favor llene esta encuesta y entreguela con su aplicación.

1. Indique la letra que mejor describe como usted se enteró de Head Start:

- a. de una familia que previamente estuvo inscrito en Head Start.
- b. de un vecino o amigo.
- c. leyendo un folleto
- d. escuchando la radio
- e. pasó por una caseta de Head Start.
- f. un empleado de Head Start se puso en contacto con usted.
- g. Las Paginas Amarillas
- h. el Internet
- i. otro: _____

2. Indique la letra que mejor describe como usted obtuvo la aplicación:

- a. Head Start se la mandó por correo
- b. de un vecino o amigo.
- c. de su Intercesor de familiar.
- d. de un evento en la comunidad
- e. de una agencia en la comunidad
- f. de una maestra de Head Start
- g. otro: _____

HEAD START HEALTH EXAM

Please send to:
 Bear River Head Start
 Attention: Health Specialist
 95 W. 100 S., Suite 200
 Logan, UT 84321
 Fax: 435-755-0125

CHILD'S NAME: _____

DATE OF EXAM: _____

Parent's Name: _____

Child's Birth date: _____

Address: _____

Doctor: _____

Phone Number: _____

<p><u>Required Information by Head Start</u></p> <p>Ht: _____ Hematocrit: _____</p> <p>Wt: _____ Hemoglobin: _____</p> <p>Vision: _____ Lead: _____</p>	<p style="text-align: center;"><u>EXAMINING PHYSICIAN PLEASE NOTE</u></p> <p>The information asked for on this form is a Federal requirement of Head Start. If you are unable to complete all sections, please explain why in the section for comments. Also, any condition found to be abnormal needs a "YES" or "NO" checked in the Follow-up Needed area. Thanks.</p> <p>Immunization Received today (if needed):</p> <p>DTP Hib Polio Hep B</p> <p>MMR</p>
--	---

CLINICAL EVALUATION

<p>Dental Screening <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>Concerns: _____ Referral Made <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p>	<p><input type="checkbox"/> Lead assessment completed with Parent (refer to back of form)</p> <p>Insurance of Child _____</p> <p>Lab Referral made <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If not why? _____</p>
--	--

*

CLINICAL EVALUATION	NORMAL	ABNORMAL	IF ABNORMAL, DESCRIBE FINDINGS	FOLLOW-UP NEEDED?	REFERRED
General Appearance				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Skin				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Hair				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Eyes: Pupils, EOM's, (Vision)				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Ears: Canals, TM (Hearing)				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Nose/ mouth				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Neck and Thyroid				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Heart and Circulatory (blood pressure)				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Chest and Lungs				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Lymph Nodes				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Abdomen (including hernias)				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Genito - urinary				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Bones, joints, muscles				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Gross motor function				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Fine motor function				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Reflexes, sensory				<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	

Comments: _____

Reminder: If child is not on WIC, a lab order needs to be made for HCT/Hgb. If child is on Medicaid, a lab order needs to be made for a lead test AND HCT/Hgb.

Signature and Title _____ Date _____

Lead Screening Assessment

Lead exposure causes reductions in IQ, is correlated with failure to graduate from high school, as well as a tendency toward violence, addictive behaviors, and other behavioral and emotional problems. Lead toxicity screening is covered by Medicaid and many private health plans. The Centers for Disease Control and Prevention and the American Academy of Pediatrics recommend a lead risk assessment and a blood lead level test for all Medicaid eligible children between the ages of 6 and 72 months. This component of the CHEC screening is mandated by federal rules. **All children ages 6 to 72 months of age are considered at risk for lead poisoning and must be screened.**

La exposición al plomo puede causar una reducción en el cociente intelectual y esta relacionada con el incumplimiento de la escuela secundaria, así como una tendencia hacia la violencia, comportamientos adictivos, y otros problemas emocionales y de comportamiento. La prueba para determinar el plomo tóxico es cubierta por Medicaid y muchas de las aseguranzas privadas. El Centro para el Control y Prevención de la Enfermedad y la Academia Americana de Pediatras recomiendan una prueba del riesgo de plomo para todos los niños elegibles por Medicaid entre las edades de 6 a 72 meses. Esta prueba es mandatoria por las reglas federales. **Todos los niños entre 6 a 72 meses tienen el riesgo del envenenamiento de plomo y deben recibir la prueba.**

	Yes	No		Si	No
Does your child live in or regularly visit a house built before 1978?			¿Vive su niño en una casa construida antes del año 1978 o visita una regularmente?		
Does the house have peeling or chipping paint?			¿Tiene esta casa pintura que esta levantada o mellada o desportillada?		
Do your children live in a house built before 1978 with recent, ongoing, or planned renovation or remodeling?			¿Vive su niño en una casa construida antes del año 1978 que estan planeando renovar o ha sido recién renovada?		
Have any of your children or their playmates had lead Poisoning?			¿Ha tenido algunos de sus niños o sus amigos envenenamiento por el plomo?		
Do your children frequently come in contact with an adult who works with lead (e.g. construction, welding, pottery)?			¿Tiene su niño contacto regular con alguna persona quien trabaja con el plomo? (por ejemplo, construcción, soldadura, o alfarería)		
Does your child live near a lead smelter, battery recycling plant or other industry likely to release lead?			¿Vive su niño cerca a una planta de reciclaje de baterías/pilas, o otra fabrica que emite el plomo?		
Do you use any home or folk remedies that may contain lead?			¿Usa Usted algun remedio tradicional de casa que puede contener el plomo?		
Does your child live near a heavily traveled major highway where soil & dust may be contaminated with lead?			¿Vive su niño cerca a una autopista donde el polvo o la tierra pueden ser contaminados con el plomo?		
Does your home's plumbing have lead pipes or copper with lead solder joints?			¿Tiene su casa tuberías de plomo o cobre que estan unidos con soldadura de plomo?		

Has your Child received a blood lead test in the last 12 months? Yes or No

¿Ha Recibido su niño una prueba de sangre de plomo en los 12 meses pasados? Si o No

Office Use Only

Classification	High Risk	Low Risk
Determination	If the answer to any of the questions above is positive	If the answers to all of the questions above are negative
Action Required	Child should receive a blood test immediately and at subsequent screening examinations	Child is considered low risk for lead exposure, but should receive a blood test at 12 months and 24 months

**** Physicians are to reference CDC guidelines for patient management and treatment.**

Guardian Signature: _____ Date: _____

Child's Name: _____ Class: _____

May 2008

**BEAR RIVER HEAD START
DENTAL SERVICES FORM**

Service Date: _____	Services Rendered: (Please Check all that apply)
Child's Name: _____	<input type="checkbox"/> Exam
Parent's Name: _____	<input type="checkbox"/> X-rays
Dentist's Name: _____	<input type="checkbox"/> Child Prophy
Dental Insurance? Yes or No	<input type="checkbox"/> Fluoride
Name of Insurance: _____	* Was a fluoride supplement discussed/prescribed at this appointment? _____
	<input type="checkbox"/> Oral Hygiene Instruction
	<input type="checkbox"/> Restorations/Treatment <u>**Please include a treatment plan of work completed during this appointment.</u>

Results of Appointment: <input type="checkbox"/> Child needs no further work at this time. Six month appointment set: _____. <p style="text-align: center;">OR</p> <input type="checkbox"/> Further Work is needed. <i>Please include a copy of the treatment plan.</i> <ul style="list-style-type: none">○ Follow up appointment is set for: _____.○ Anticipated number of appointments to complete treatment: _____. <p style="text-align: center;">OR</p> <input type="checkbox"/> Treatment discontinued. Please explain: _____ _____

Comments: _____ _____

I hereby certify that the services listed above have been performed.

Dentist Signature

Date

**Please Return to:
BRHS Oral Health Specialist
95 West 100 South #200
Logan, UT 84321
(435) 755-0081 ext. 240
FAX: (435) 755-0125**