

BEAR RIVER HEAD START APLICACIÓN
AÑO ESCALOR: 2009-2010

Una vez que complete y entregue la solicitud de mi niño/a, ¿que sucederá después?

Al recibir su solicitud, el enrolamiento Y reclutamiento comité procesara su aplicación y entrara su información en nuestra base de datos. Su niño/a será colocado en la lista de espera de elegible ó de sobre-ingresos para la escuela y opción apropiada.

¿Cuándo sabré si mi niño/a está en el programa?

Si Uds. entregan una solicitud entre Enero y Agosto (para el próximo año escolar— que empieza en Septiembre del 2009), y SI su niño/a es seleccionado/a para asistir a Bear River Head Start, Uds. recibirán una carta informándoles que su niño/a ha sido aceptado dentro del programa.

Después del 29 de Agosto del 2009, su niño/a permanecerá en la lista de espera hasta que haya un lugar y sean seleccionados (con base en los criterios de calificaciones). Uds. serán llamados por el Comité de Selección **SI** su niño/a fue seleccionado/a para cubrir una vacante.

¿Qué pasa si me mudo después de que entregué mi solicitud?

Es importante notificar a la **Bear River Head Start** tan pronto como sea posible cuando hay un cambio en la dirección y/o número del teléfono. Por favor, llamarnos al 1-877-755-0081 para actualizar su nuevo número de teléfono y, si aplica, la nueva dirección.

¿Entrará mi niño/a en el programa?

Si su niño/a es un niño de crianza ó sin hogar, sus oportunidades son excelentes; **pero no podemos garantizar que su niño/a entrará.** El Gobierno Federal determina quien tiene más prioridad para recibir los servicios de “Head Start” y los niños de crianza y sin hogar son niños prioritarios.

Si su niño/a está en **edad e ingreso elegible**, sus oportunidades son muy buenas; **pero no podemos garantizar que su niño/a entrará.** ¡Tenemos una lista de espera cada año! El programa **NO ES** el primero que llega, el primero que se le sirve, pero mientras más pronto entreguen sus solicitudes es mejor, ya que las primeras selecciones son hechas durante el verano. Los Reglamentos del Gobierno requieren que se sirva **a aquellos en la comunidad que más necesitan los servicios.** Por lo tanto, cada solicitud, está calificada con base en la información proporcionada en la solicitud

¿Transportación?

Bear River Head Start **no tiene transportación de un autobús** que lleve a los niños a la escuela y de la escuela. Alternativas de transportación: la clase basada en el hogar O los padres pueden crear uso compartido de coches.

¿Cuenta cuesta “Head Start”?

“Head Start” es un programa gratis, no hay ningún costo para los padres para ningún servicio.

¿En dónde encuentro más información acerca de “Head Start”?

www.brheadstart.org
www.nhsa.org
877-755-0081

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

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

Queridos Padres / Apoderados Legales:

Bear River Head Start es un programa preescolar gratis (no hay costo para los padres / guardianes), de fondos federales. Las pautas federales de ingresos y circunstancias del niño / familia son consideradas para determinar la elegibilidad.

Llenar una aplicación por programa si esta aplicando a más.

Esta aplicación no estará completa hasta que recibamos una copia de los siguientes:

- **Prueba de Edad (acta de nacimiento O acta de bautismo)**
- **Verificación de Ingresos**-Necesitar1 de los siguientes documentos, en orden de preferencia:
Forma de impuestos (1040) O forma W-2 O talones de cheques-preferible de 12 meses O una carta del patrón O verificación de TANF O asistencia pública O SSI

¿Está usted recibiendo beneficios bajo el programa de Asistencia Federal Temporal Para Familias Necesitadas (TANF) antes conocido como el programa AFDC? Sí No ¿SSI? Sí No

Los niños adoptados / familias que reciben beneficios: Asistencia Pública (TANF) O SSI también califican
Por favor mande una copia los documentos del programa en que participan el niño / familia.

- Registro de **Vacunas** (por favor copie los dos lados. Las vacunas necesitan estar al día.)

POR FAVOR, SI LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS NO SE ENTREGAN CON SU APLICACIÓN, NOSOTROS NO PODEMOS GUARDAR Y CONTINUAR CON EL PROCESO DE SU APLICACIÓN.

Niños con **discapacidad O necesidades educativas especiales** serán bienvenidos. Por favor adjunte una copia del IEP O ISFP de su niño con la aplicación.

Head Start envuelve a las familias así como al niño de Head Start. El apoyo de los padres es esencial para el éxito del programa. Los padres (familias) son animados a ser voluntarios en el programa.

Ser voluntarios puede incluir ayudar en la clase, preparar actividades para el hogar, ser miembro del comité de los Padres, etc.

Cuando sea aceptado en el programa, su niño será puesto en el basado en el hogar O en la clase basado centro.

Además, su familia recibirá servicios de un Intercesor de Familia. Los servicios del Intercesor de Familia se enfocan en fortalecer la familia, educación de leer y de escribir y con el empleo.

Los niños de Basado en el Centro tomarán viajes divertidos cada mes en el bus de Head Start. Los niños de Basado en el Hogar también pueden tomar el bus de Head Start para sus viajes.

PERO BEAR RIVER HEAD START NO TIENE UN AUTOBÚS QUE LLEVE A LOS NIÑOS A LA ESCUELA Y DE LA ESCUELA.

He leído y entiendo lo escrito arriba y me gustaría aplicar para tener a mi hijo en Bear River Head Start. Entiendo que por llenar esta aplicación no tengo garantizado un puesto.

TODOS LOS INGRESOS NECESITAN SER REPORTADOS

OPCIÓN DE CLASE:

En la aplicación, al seleccionar la clase que prefiere, favor de anotar su Primera y Segunda preferencia.

| Basado en el Hogar (PHS & EHS) | Basado en el Centro (solo para PHS) |
|---|--|
| <p>Utah: Box Elder (PHS O EHS), Cache (PHS O EHS) Rich, Snowville</p> <p>Idaho: Bannock, Caribou, Franklin (PHS O EHS)</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>SOLO PARA PHS SU NIÑO(A) NECESITA TENER 3 AÑOS PARA EL 1 DE SEPTIEMBRE PARA SER ELEGIBLE PARA EL BASADO EN EL HOGAR</p> | <p>SU NIÑO(A) NECESITA TENER 4 AÑOS PARA EL 1 DE SEPTIEMBRE PARA SER ELEGIBLE PARA EL BASADO EN EL CENTRO PREESCOLAR</p> |

Los niños de 3 años que son aceptados en el programa Basado en el Hogar pueden “seguir” el siguiente año en el programa Basado en el Centro sin llenar otra aplicación O calificar otra vez. Una vez que su niño esta en Head Start permanece en el programa hasta que los padres “lo retiren” O que comience el kindergarten.

El Koop es nuestra clase Basado en el Centro para niños de 3 años. El número total de niños en la clase son 16 y el 75% sullen del programa de PHS de Head Start, y eso niños “seguiré” del programa Preescolar Basado Hogar de Head Start, dejando menos de 5 cupos para los que aplican la primera vez.

Las clases de preescolar de Head Start son de Lunes a Jueves, 4 horas por día.

No hay clases en días festivos O cuando la escuela pública toma vacaciones.

REQUISITOS DE DOCTOR Y DENTISTA - Llame a la especialista de salud al 1-877-755-0081 ext. 324

- Examen Físico:** Su hijo necesita un examen físico con su doctor anualmente.
- Hematocrito/Hemoglobina:** Su hijo necesitará un examen de hematocrito O hemoglobina hecho junto con el examen físico si no está en WIC para el año escolar de 2009-2010.
- Examen del Plomo:** Si su hijo/a nunca ha tenido un examen del plomo pero tiene la **aseguranza Medicaid, obtenga un examen de plomo para su hijo/a con su examen físico. Si su hijo/a no tiene la Aseguranza Medicaid, favor de llamar la Especialista de salud al 1-877-755-0081 ext. 324**
- Examen Dental:** Su hijo necesitará un examen dental con su dentista. Si lleva a su hijo(a) al dentista regularmente cada seis meses, solo necesitamos el examen mas reciente.
- Inmunizaciones:** Las vacunas necesitan estar al corriente O al día para el Preescolar

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

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

Ingresos de Empleo Sueldo Y Salario Mensual

Ingresos por cuenta propia- no relacionados con agricultura

Ingresos por cuenta propia- relacionados con agricultura

Ingresos de Bienes (Ingresos de Propiedad)

Cuenta de ahorros regular en un banco, ahorros, préstamos, O Credit Union

Cuenta de depósito del Mercado Monetario

Certificados de depósito

NOW, Super NOW, u otra cuenta de cheques donde le pagan intereses

Fondo de Inversión del Mercado Monetario

Valores garantizados por el gobierno de Estados Unidos

Bonos municipales o corporativos

Otros bienes que ganan interés

Acciones O Fondo común de Inversión

Pago por rentar su propiedad

Hipoteca

Regalías

Otras inversiones financieras

Otros Ingresos

Seguro Social

Retiro del Estados Unidos Gobierno del Tren

Seguridad Suplementaria Federal

Ingresos Seguros Suplementarios Administrados por el Estado

Compensación de desempleo del Estado

Beneficios de desempleo suplementarios

Pagos por Black lung

Compensación del Trabajador

Pago estatal por enfermedad temporal o beneficios de discapacidad

Póliza de enfermedad temporal por el empleador o el sindicato

Pagos por una enfermedad, accidente, O póliza de seguro de discapacidad que usted compró

Asistencia Federal Temporal Para Familias Necesitadas (TANF) antes conocido como el programa (AFDC, O ADC)

Otros Ingresos (continuación)

Asistencia Federal Temporal Para Familias Necesitadas (TANF) antes conocido como el programa (AFDC, o ADC)

Asistencia Pública (como estampillas) O fondo de ayuda general

Asistencia para refugiados, Indios, y Cubanos

Pagos por un niño/a en adopción temporal

Otra ayuda publica

Pagos de manutención de su niño (Child Support)

Pagos de pensión matrimonial

Pensión de una compañía o sindicato

Servicio civil del gobierno u otra pensión federal del empleado

Retirado militar del los Estados Unidos

Pensiones de la Guardia Nacional o de la Reserva

Pensióne del gobierno Estatal y Local

Ingresos de los pagos de una póliza de seguro de vida o anualidades

Propiedades y fondo fideicomiso

Otros pagos de retiro, discapacidad O sobrevivientes, Y beneficios de educación de G.I. Bill/VEAP

Asistencia de dinero de un grupo caritativo

Otra compensación de desempleo (Trade Adjustment Act, subsidio de huelga, otro)

Compensación de veterano

Dinero de familiares o amigos

Suma de dinero entregada en un solo pago

Dinero de un rentero o huésped

Pago de la Guardia Nacional o de la Reserva

Ganancias incidentales o casuales

Otros ingresos de dinero no incluidos

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 ningun 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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Provee apoyo financiero Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |

Adulto Secundario

| Adulto Secundario | | | |
|--|---|--|--|
| Apellido | Nombre | Fecha de Nacimiento | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | Vive con la Familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Provee apoyo financiero Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |

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:** Femenino Masculino

Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, **Fecha de Nacimiento:**
O adopción: Sí No

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:** Femenino Masculino

Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, **Fecha de Nacimiento:**
O adopción: Sí No

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:** Femenino Masculino

Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, **Fecha de Nacimiento:**
O adopción: Sí No

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:** Femenino Masculino

Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, **Fecha de Nacimiento:**
O adopción: Sí No

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 _____

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**