

BEAR RIVER HEAD START APLICACIÓN

AÑO ESCOLAR: 2013-14

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

95 West 100 South Suite 200 * LOGAN, UTAH 84321

CACHE COUNTY (435) 755-0081 O Sin costo al (877) 755-0081 FAX: (435) 755-0125

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

Queridos Padres / Guardianes:

Bear River Head Start es un programa preescolar gratuito (no hay costo para los padres/guardianes), de fondos federales. Las guías de ingresos federales y circunstancias del niño / familia son consideradas para determinar la elegibilidad. Por favor, complete una solicitud por separado para cada niño que solicita. **Favor de mantener a nuestra oficina informada de algún cambio (número o dirección).**

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-** Necesita Uno de los siguientes documentos, en orden de preferencia:
 - formulario de impuestos (1040)
 - asistencia pública SSI
 - forma W-2
 - documento de Foster Care
 - talones de cheques-preferible de 12 meses
 - verificación de TANF
 - una carta del patrón

*** Las familias que reciben beneficios: Asistencia Pública (TANF) o SSI y los niños bajo cuidado temporal (Foster Care) son elegibles***

Por favor mande una copia de los documentos de TANF, SSI, o Foster Care en donde participe el niño(a) o la familia. Estos documentos, se mantendrán con la aplicación de su hijo/hija.

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

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

Niños con **discapacidad O necesidades educativas especiales** son bienvenidos. Por favor incluya una copia del plan educativo IEP O IFSP de su niño con la aplicación.

Head Start involucra a las familias así como al niño de Head Start. El apoyo de los padres es esencial para el éxito del programa. Se les recomienda a los padres (familias) 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 asignado en el programa de visitas al hogar O a un salón del centro preescolar.

Además, su familia recibirá servicios de un Intercesor Familiar. Los servicios del Intercesor Familiar se enfocan en fortalecer la familia, educación, alfabetismo, y el empleo.

Los niños de salones preescolares tomarán viajes divertidos cada mes en el autobús de Head Start.

BEAR RIVER HEAD START NO TIENE UN AUTOBÚS QUE LLEVE Y TRAIGA A LOS NIÑOS 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 aunque entregue esta aplicación no tengo garantizado un puesto.

PADRES POR FAVOR GUARDEN ESTA PÁGINA, ES PARA SU INFORMACIÓN

TODOS LOS INGRESOS NECESITAN SER REPORTADOS

*Ingresos de Empleo o Desempleo *Asistencia Pública *Ingresos por cuenta propia, relacionados con agricultura
*Ingresos por cuenta propia *Pagos de manutención de su niño (Child Support) *Pagos de retiro o discapacidad *Foster Care

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

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

REQUISITOS DE DOCTOR Y DENTISTA - Llame a la asistente de salud al 1-877-755-0081 ext. 225

- Examen Físico:** Su hijo/a necesita un examen físico con su doctor anualmente.
- Hematocrito/Hemoglobina:** Su hijo/a necesitará un examen de hematocrito O hemoglobina hecho junto con el examen físico si no tiene WIC para el año escolar 2013-2014.
- Examen del Plomo:** Si su hijo/a nunca ha tenido un examen del plomo, obtenga un examen de plomo con su examen físico, o hable con su doctor para preparar un orden de laboratorio. Si su hijo/a no tiene la aseguración Medicaid, favor de llamar a la Especialista de Salud al 1-435-755-0081 ext. 324
- Examen Dental:** Su hijo/a necesitará un examen dental con su dentista. Si lleva a su hijo(a) al dentista cada seis meses, solo necesitamos el examen mas reciente.
- Inmunizaciones:** Las vacunas necesitan estar al corriente O al día para el preescolar

Por favor revise los requisitos médicos y dentales (que está adjunto con las formas de examen físico y dental) para obtener una lista de vacunas requeridas.

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

Al recibir su solicitud, el equipo de reclutamiento e inscripción procesara su aplicación y archivará su información en nuestra base de datos. Su niño/a entonces será colocado en la lista de espera para la escuela y opción apropiada.

Head Start tiene espacios específicos para los niños de edad elegible que están en la categoría de **sobre ingresos**, y la mayoría de esos lugares son ocupados con los niños con discapacidades identificadas.

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

Si Uds. entregan una solicitud entre Enero y Agosto (para el próximo año escolar— que empieza en Septiembre del 2013), 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 2013, 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 equipo de reclutamiento e inscripción **SI** su niño/a fue seleccionado/a para cubrir una vacante.

¿Entrará mi niño/a en el programa?

Si su niño/a es un niño que esta bajo cuidado temporal (Foster Care) 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 bajo cuidado temporal (Foster Care) y sin hogar son niños prioritarios.

Si su niño/a tiene la **edad y sus ingresos son elegibles**, 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** basado en quien entrega su aplicación primero, pero mientras más pronto entregue su aplicación 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 caso está calificado con base en la información proporcionada en la solicitud.

Bear River Head Start Aplicación 2013-14

Información de los Miembros de la Familia

Personal

Child Plus # _____ Date application received _____ Staff recruiter _____

(PHS) Preschool Head Start []

(EHS) Early Head Start []

(CCC) Child Care Connection []

Para niños de 3 (cumplidos el 1 de sept.) - 5 años de edad

Para niños de 0 - 3 y madres embarazadas

Para niños de 3-5 años de edad

Nombre del niño/a: _____ **Nombre de preferencia** _____ **Fecha de nacimiento del niño(a):** _____

Nombre del Adulto Primario: _____ **Fecha de Nacimiento del Adulto Primario:** _____
(persona llenando la aplicación)

Domicilio _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____ **Condado** _____

Domicilio donde recibe correo (Si es diferente de su Domicilio) _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____ **Condado** _____

¿Es donde vive un arreglo temporal? <small>(No se aplica a contratos de renta)</small> Sí [] No []	¿Sí su respuesta es si, es debido a pérdida de hogar O porque no puede seguir pagando su casa? Sí [] No []	¿Cualquiera de los siguientes se aplica a su hogar 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 servicios adecuados
---	--	---

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

Numero de habitantes en hogar	Numero de miembros de Familia	Numero de niños en su familia	Numero de niños de 0 - 3 años	Numero de niños de 4-5 años
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Padres en el Hogar: [] Solo uno [] Los dos [] Cuidado Familiar [] Cuidado Temporal (Foster Care)

Idioma principal hablado en casa: _____ **Idioma en que prefiere las visitas/correspondencia:** Inglés o Español

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

Opciones del programa Early Head Start: Clases en el Centro UTAH __ Cache

Visitas en el Hogar UTAH __ Box Elder __ Cache **IDAHO** __ Caribou/Bear Lake __ Franklin __ Oneida/S.Bannock

Opciones del programa PHS de visitas en el Hogar: __ Box Elder __ Cache __ Rich __ Caribou
__ Franklin __ Snowville __ South Bannock

Opciones del programa PHS de clases en el Centro: **UTAH** __ Brigham AM __ Brigham PM __ Fielding
__ Hyrum __ Logan AM __ Logan AM (3 y 4 años) __ Logan PM __ Logan AM (3 años)
__ Millville __ Richmond __ Smithfield __ CCC Combination
IDAHO __ Paris __ Preston AM __ Preston PM __ Malad __ Soda Springs

Por favor marcar todo lo que usted recibe: [] TANF [] SSI [] Medicaid [] WIC ID# _____
(Los siguientes documentos serán requeridos y archivados con la aplicación: SSI/TANF)

Recomendaciones de (por favor presente documentación) [] Distrito Escolar [] Departamento de salud O WIC [] CAPSA [] Programa Up to 3
[] Doctor/Asistencia de salud [] La División de Servicios de Niños y Familia O CPS [] Otro (Explique) _____

MARQUE LOS QUE LE APLIQUEN A USTED: [] Actualmente Registrado en otro Head Start
[] Registrado en el pasado en Head Start [] Planea registrarse con algún otro Head Start

¿Ha sido condenado por un delito en los últimos siete (7) años? __No __Si

En caso afirmativo, por favor explique _____
CONDENA NO SERA UNA BARRERA PARA LA INSCRIPCION DE SU NIÑO(A)

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 contactar a Head Start si deseo hacer cualquier cambio en esta aplicación.

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

Información de Miembros de la Familia

Adulto Primario

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento
¿Vive con la Familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Provee apoyo financiero Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Nivel de Educación <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Bachillerato/carrera corta <input type="checkbox"/> Entrenamiento/ Cert. Técnico <input type="checkbox"/> Poca Universidad/Escuela Técnica <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria(high school)	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 9 o Menos especifique_____	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"/> Escuela o Entrenamiento
Habilidad del Inglés <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"/> Bien (Habla y entiende)	Idioma Principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Origen:	Raza (Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Qué es su relación al niño aplicando para Bear River Head Start? ¿Tiene custodia legal del niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Adulto Secundario

Nombre	Apellido	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/carrera corta <input type="checkbox"/> Entrenamiento/ Cert. Técnico <input type="checkbox"/> Poca Universidad/Escuela Técnica <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria(high school)	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 9 o Menos especifique_____	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"/> Escuela o Entrenamiento
Habilidad del Inglés <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"/> Bien (Habla y entiende)	Idioma Principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Origen:	Raza (Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Qué es su relación al niño aplicando para Bear River Head Start? ¿Tiene custodia legal del niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Información de Contacto para los Padres que no tiene 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Nombre	Domicilio	Teléfono de casa () ()
	Ciudad	Teléfono de celular () ()
Fecha de Nacimiento	Estado/ Código Postal	Teléfono de trabajo () ()

Necesidades de servicios (si se le aplica)

Por favor explique las 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, divorcio, padre tiene dificultad hablando /leyendo, muerte en la familia dentro del último año) _____

¿Está su niño(a) en un IEP/IFSP?

No Sí ALGUNA PREOCUPACIÓN

Nombre del Distrito Escolar o programa (Ejemplo: Up-to-Three O Idaho Infant & Toddlers) _____

Como guardián legal de _____, Yo doy permiso para que el distrito escolar mencionado anteriormente intercambie información con respecto a mi niño(a) por causas de prioridad de inscripción en el Programa de Head Start.

Firma Padre/Guardián _____

NIÑO/A APLICANDO PARA EL PROGRAMA

Nombre del Niño(a):	Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Fecha de Nacimiento:		
Habilidad del Inglés <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"/> Bien (Habla y entiende)	Idioma Principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Origen: _____	Raza (Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____

OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA (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 por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Cual es la relación con el niño aplicando:		Fecha de Nacimiento:
Vive con la familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Nombre del Niño(a):	Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Cual es la relación con el niño aplicando:		Fecha de Nacimiento:
Vive con la familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Nombre del Niño(a):	Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Cual es la relación con el niño aplicando:		Fecha de Nacimiento:
Vive con la familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Nombre del Niño(a):	Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Cual es la relación con el niño aplicando:		Fecha de Nacimiento:
Vive con la familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Nombre del Niño(a):	Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Cual es la relación con el niño aplicando:		Fecha de Nacimiento:
Vive con la familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

OTROS NIÑOS Y ADULTOS EN EL HOGAR

Nombre:	Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento:
Cual es la relación con el niño aplicando:		Vive con su familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estatus Laboral	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Temporal
<input type="checkbox"/> Menor de edad	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más)	<input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Ama de Casa

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:		Vive con su familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estatus Laboral	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Temporal
<input type="checkbox"/> Menor de edad	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más)	<input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Ama de Casa

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:		Vive con su familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estatus Laboral	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Temporal
<input type="checkbox"/> Menor de edad	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más)	<input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Ama de Casa

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:		Vive con su familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estatus Laboral	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Temporal
<input type="checkbox"/> Menor de edad	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más)	<input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Ama de Casa

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:		Vive con su familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estatus Laboral	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Temporal
<input type="checkbox"/> Menor de edad	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más)	<input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Ama de Casa

OTROS NIÑOS Y ADULTOS EN EL HOGAR

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:		Vive con su familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estatus Laboral	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Temporal
<input type="checkbox"/> Menor de edad	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más)	<input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Ama de Casa

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:		Vive con su familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estatus Laboral	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Temporal
<input type="checkbox"/> Menor de edad	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más)	<input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Ama de Casa

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:		Vive con su familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estatus Laboral	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Temporal
<input type="checkbox"/> Menor de edad	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más)	<input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Ama de Casa

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:		Vive con su familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estatus Laboral	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Temporal
<input type="checkbox"/> Menor de edad	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más)	<input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Ama de Casa

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:		Vive con su familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estatus Laboral	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Temporal
<input type="checkbox"/> Menor de edad	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más)	<input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Ama de Casa

INFORMACION MÉDICA

Nombre del Niño/a: _____ ID#: _____ Location: _____

Aseguranza: Privada, Medicaid, o otro _____
Circule uno

Hospital: Nombre _____ Número de teléfono: _____

Doctor: Nombre _____ Número de teléfono: _____

Fecha de ultima/siguiente cita: _____

Dentista: Nombre _____ Número de teléfono: _____

Fecha de ultima/siguiente cita: _____

Alergias/Condiciones Medicas

Medicamentos

INFORMACIÓN Y CONTACTOS DE EMERGENCIA

QUE NO SEA EL ADULTO PRIMARIO O SECUNDARIO, pero otros que pueden tomar decisiones por su hijo, sí usted no está disponible.

Nombre: _____ **Contacto:** Sí [] No [] **Liberar:** Sí [] No []
Nombre y apellido

Relación al Niño/a : _____ Dirección: _____

Números de Teléfono: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

Nombre: _____ **Contacto:** Sí [] No [] **Liberar:** Sí [] No []
Nombre y apellido

Relación al Niño/a : _____ Dirección: _____

Números de Teléfono: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

Nombre: _____ **Contacto:** Sí [] No [] **Liberar:** Sí [] No []
Nombre y apellido

Relación al Niño/a : _____ Dirección: _____

Números de Teléfono: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

Nombre: _____ **Contacto:** Sí [] No [] **Liberar:** Sí [] No []
Nombre y apellido

Relación al Niño/a : _____ Dirección: _____

Números de Teléfono: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

Nombre: _____ **Contacto:** Sí [] No [] **Liberar:** Sí [] No []
Nombre y apellido

Relación al Niño/a : _____ Dirección: _____

Números de Teléfono: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

BEAR RIVER HEAD START
FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA LAS AREAS DE SALUD Y EDUCACIÓN

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

ID #: _____ Location: _____

PERMISO PARA OBTENER O LIBERACIÓN DE INFORMACION DE DATOS DE LA SALUD

Yo doy mi permiso para que el personal de Bear River Head Start obtenga los datos sobre la salud de mi hijo/a (del doctor, dentista, WIC, Medicaid, departamento de salud y otras compañías de aseguranza) para cumplir con los requisitos médicos, dental, y salud mental y los requisitos del Performance Standard. Esta información se puede obtener ellos por correo, teléfono, y/o por fax.

También yo doy mi permiso para que mi doctor/dentista comparta la información de salud necesaria al Personal de Salud de Head Start. Mi doctor/dentista puede compartir esta información por correo, teléfono, y/o por fax.

Yo entiendo que esta información es para uso profesional solamente, y que se manejará con la mayor discreción.

AUTORIZACIÓN PARA OTRA INFORMACIÓN: (Por favor, marque sus iniciales. Se necesita actualizar cada año)

- _____ Yo doy mi permiso para la administración de primeros auxilios por el personal de Head Start en caso de emergencia.
- _____ Yo doy mi permiso para que el personal de Head Start administre pruebas a mi hijo (de vista, oído, estatura, y peso).
- _____ Yo doy mi permiso para que el nombre de mi hijo se de a conocer en el salón de clases en caso de que exista una condición médica o alergia de la cual tenga que estar enterado todo el personal de Head Start.
- _____ Yo doy mi permiso para el uso de videos y fotos de mi hijo/a para promover el programa en la comunidad (periódico, etc.)
- _____ Yo doy mi permiso a Head Start de usar videos y fotos para evaluar a los estudiantes de la universidad que están ayudando en la clase y promover su programa.
- _____ Yo doy mi permiso para que Head Start grabe en video para uso en observaciones del salón.
- _____ Yo doy mi permiso para que los padres quienes están en la clase saquen fotos y videos de la clase.
- _____ Yo doy mi permiso para que Head Start lleve a mi hijo/a a paseos.
- _____ Yo doy mi permiso que, en caso de emergencia, Head Start pueda mandar a mi hijo/a solo con las personas anotadas atrás de esta página.
- _____ Cada niño en el programa completará una prueba del desarrollo para determinar su madurez académico al principio del año en Head Start. Esta información será usada por la maestra para planear actividades y metas para los estudiantes. Yo entiendo que los resultados de cualquiera prueba serán confidenciales y revisados conmigo. Entiendo también que me puedo rehusar a que le hagan la prueba a mi hijo/a.
- _____ Yo doy mi permiso para que Head Start haga observaciones de salud mental en la clase y socializaciones.

Yo entiendo que esta forma de autorización es válida por un año o por todo el tiempo que mi hijo/a este inscrito en el programa de Bear River Head Start. Entiendo que puedo cancelar/revocar esta autorización en cualquier momento al escribir a la oficina de Head Start.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Firma del personal

Fecha

Bear River Head Start
FORMA DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del niño(a) _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de los padres _____ Número de teléfono _____

¿Ha recibido su niño/a servicios de WIC desde Diciembre 2012? []sí []no

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

Sí 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

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)

_____ Audición y Visión _____ Evaluación del Desarrollo _____ Peso/Altura _____ Evaluación Emocional/Social

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)/Guardián legal: _____ 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"/> rubéola | <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) |
| | | <input type="checkbox"/> lesión cerebral traumática |

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

Sí No

- ¿Ha tenido su hijo una convulsión? Sí la respuesta es sí ¿cuándo pasó la última vez? _____
- ¿Está tomando su hijo medicina para las convulsiones? Sí 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 audición (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? Sí la respuesta es sí ¿el último tratamiento fue hace más de un año? _____
- ¿Tiene el niño problemas con los oídos/audición (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? (Una forma de consentimiento especial debe ser firmada para que Head Start administre cualquier medicina) **Sí 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 ENJUAGE DE FLUORURO?

¿Está siendo tratado ahora el niño por un doctor o dentista?

Sí la respuesta es sí ¿para cuales condiciones o enfermedades? _____

Nombre del doctor _____

Sí No

¿Alguna de las condiciones discutidas arriba impiden las actividades diarias del niño?

Sí 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? **Sí la respuesta es sí ¿cuando?** _____

¿Hay alguna otra condición que **NO** ha sido discutida que impide las actividades diarias del niño?

Sí la respuesta es sí ¿cuál condición? _____

Describe como están limitadas las actividades _____

¿Le dijo un doctor u otro profesional de salud que el niño tenía este problema? **Sí la respuesta es sí ¿cuando?** _____

Querido Padre/Apoderado:

Head Start está emocionado que usted considere a nuestro programa para su niño/a y estamos ansiosos de recibir su aplicación.

Por favor contacte a Ana al 1-877-755-0081 Ext. 225, si no tiene aseguranza para su niño/a, si no puede pagar por los siguientes exámenes, o si necesita un doctor o dentista para su niño/a.

REQUERIMIENTOS MEDICOS Y DENTALES

- Físico:** Su hijo/a necesita un examen físico con su doctor cada año.
- Hematocrito/Hemoglobina:** Su hijo/a necesita un examen de hematocrito o hemoglobina hecho junto con el examen físico si no tiene WIC, para el año escolar 2012-2013. Por favor **NO** intente obtener los resultados del hematocrito/hemoglobina de una cita anterior de WIC para la aplicación de Head Start. Head Start obtendrá los resultados si usted firma en la sección de WIC en la Forma de Información Medica que se encuentra con la aplicación.
- Examen del Plomo:** Si su hijo/a nunca ha tenido un examen del plomo, obtenga un examen del plomo junto con el examen físico. Si su hijo/a no tienen Medicaid, por favor llame al 1-877-755-0081, ext. 225.
- Examen Dental:** Su hijo/a necesita un examen dental con su dentista. Si lleva a su hijo/a al dentista cada seis meses, solo necesitamos el examen mas reciente.
- Inmunizaciones:** Vacunas requeridas para preescolar en...

UTAH: **DTP-** 4 vacunas **HEP A-** 2 vacunas **HEP B-** 3 vacunas
HIB- 1+ vacunas **Varicella-** 1 vacuna **MMR-** 1 vacuna
POLIO- 3 vacunas si su hijo/a tiene 3 años, 4 vacunas si su hijo/a tiene 4 años.
PREVNAR/PCV/PNEUMOCOCCAL- 4 vacunas. *Si una de las vacunas PCV de su hijo/a NO es una PCV-13, entonces él/ella debe recibir una vacuna PCV-13 para estar al día.*

IDAHO: **POLIO-** 3 vacunas **MMR-** 1 vacuna **HEP B-** 3 vacunas
DTP- 4 vacunas si su hijo/a tiene 3 años, 5 vacunas si su hijo/a tiene 4 años.

POR FAVOR LLEVE LAS FORMAS ADJUNTAS AL DOCTOR/DENTISTA. DESPUÉS DEL EXAMEN, INCLUYA LAS FORMAS CON SU APLICACIÓN DE HEAD START PARA ENTREGARLA.

Atentamente,

Rachel Cook-Coordinadora de la Salud y el Bienestar
Cami McArthur-Especialista de la Salud
Cherie Pierce – Especialista de la Salud Oral

**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**

HEAD START HEALTH EXAM

CHILD'S NAME: _____

DATE OF EXAM: _____

Child's Birth date: _____

Physician: _____

Parent's Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

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

<p>Required Information by Head Start</p> <p>Ht: _____ Hematocrit: _____</p> <p>Wt: _____ Hemoglobin: _____</p> <p>Vision: _____ Lead: _____</p>	<p style="text-align: center;">EXAMINING PHYSICIAN PLEASE NOTE</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 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. EVERY child needs a lab order for a lead test. Head Start requires every child to receive 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

Guardian Signature: _____ Date: _____

Child's Name: _____ Class: _____

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