

# BEAR RIVER HEAD START APLICACIÓN

AÑO ESCOLAR: 2014-15

**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 2014-2015.
- Examen del Plomo:** Si su hijo/a tiene 12 meses o mas de edad nunca ha tenido una prueba del plomo, obtenga un análisis de plomo en el momento de su desarrollo físico, o llame al médico de su hijo/a para una orden de laboratorio. Si su hijo/a no tiene medicaid llame a la especialista de salud al 435-755-0081, ext. 324
- Examen Dental:** Su niño necesitará un examen dental con un dentista si él / ella es de 12 meses o más. Si su hijo está en un horario regular de seis meses con su cuidado dental, por favor obtenga una copia del último examen de seis meses de su hijo.
- 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 2014), 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 2014, 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 2014-15

## Información de los Miembros de la Familia

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

<b>(PHS) Preschool Head Start</b> [ ] <small>Para niños de 3 (cumplidos el 1 de sept.) - 5 años de edad</small>	<b>(EHS) Early Head Start</b> [ ] <small>Para niños de 0 - 3 y madres embarazadas</small>	<b>(CCC) Child Care Connection</b> [ ] <small>Para niños de 3-5 años de edad</small>
--	--	---

<b>Nombre del niño/a:</b>	<b>Nombre de preferencia</b>	<b>Fecha de nacimiento del niño(a):</b>
---------------------------	------------------------------	---

<b>Nombre del Adulto Primario:</b> <small>(persona llenando la aplicación)</small>	<b>Fecha de Nacimiento del Adulto Primario:</b>
---	---

<b>Domicilio</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Condado</b>
------------------	---------------	---------------	----------------------	----------------

<b>Domicilio donde recibe correo</b> ( <i>Sí es diferente de su Domicilio</i> )	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Condado</b>
---	---------------	---------------	----------------------	----------------

<b>¿Es donde vive un arreglo temporal?</b> <small>(No se aplica a contratos de renta)</small> Sí [ ] No [ ]	<b>¿Sí su respuesta es si, es debido a pérdida de hogar O porque no puede seguir pagando su casa?</b> Sí [ ] No [ ]	<b>¿Cualquiera de los siguientes se aplica a su hogar en este momento?</b> [ ] Compartiendo una residencia [ ] Viviendo en un hotel, O en un refugio [ ] Viviendo en un coche, el parque, un campamento, O en espacio público [ ] Viviendo en un espacio sin servicios adecuados
---	--	---

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

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)

<b>Idioma principal hablado en casa:</b>	<b>Idioma en que prefiere las visitas/correspondencia:</b> 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  
\_\_ Logan AM \_\_ Logan AM (3 y 4 años) \_\_ Logan PM \_\_ Logan AM (3 años) \_\_ Logan PM (3 años)  
\_\_ Millville \_\_ Richmond \_\_ Smithfield \_\_ Hyrum \_\_ 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: "He revisado cuidadosamente los documentos y la información que he proporcionado al personal de Bear River Head Start y, al firmar este formulario, certifico a mi mejor conocimiento y creencia que toda la información respecto a la elegibilidad proporcionada por mí es verdadera y correcta." "Entiendo, además, que se trata de una solicitud de servicios que se pagan con fondos federales y que proporcionando intencionalmente información engañosa, inexacta o falsa de una naturaleza material podría resultar en serias consecuencias legales para mí."

**Firma de Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma de Madre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



## Información de Miembros de la Familia

### Adulto Primario

Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento	
<b>¿Vive con la Familia?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Provee apoyo financiero</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
<b>Nivel de Educación</b> <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_____		<b>Estatus Laboral</b> <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	
<b>Habilidad del Inglés</b> <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)		<b>Idioma Principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ <b>Origen:</b>		<b>Raza</b> (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"/>					
Correo electrónico:					

### Adulto Secundario

Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento	
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<b>¿Vive con la Familia?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Provee apoyo financiero</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Teléfono de casa</b> ( ) ( )		<b>Teléfono celular</b> ( ) ( )		<b>Teléfono del trabajo</b> ( ) ( )	
<b>Teléfono de mensaje</b> ( ) ( )		<b>Domicilio</b> (sí es diferente de la familia)		<b>Ciudad</b>	
<b>Domicilio donde recibe correo</b> ( Si es diferente de su Domicilio)		<b>Estado</b>		<b>Código Postal</b>	
<b>Nivel de Educación</b> <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_____		<b>Estatus Laboral</b> <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	
<b>Habilidad del Inglés</b> <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)		<b>Idioma Principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ <b>Origen:</b>		<b>Raza</b> (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"/>					
Correo electrónico:					

### 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 ( ) ( )
Fecha de Nacimiento	Ciudad	Teléfono de celular ( ) ( )
	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

<b>Nombre del Niño(a):</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Fecha de Nacimiento:</b>		
<b>Habilidad del Inglés</b> <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)	<b>Idioma Principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ <b>Origen:</b> _____	<b>Raza</b> (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)

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

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

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

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

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

## OTROS NIÑOS Y ADULTOS EN EL HOGAR

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

<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Su relación con el niño aplicando:</b>		<b>Vive con su familia?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Estatus Laboral</b>	<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

<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Su relación con el niño aplicando:</b>		<b>Vive con su familia?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Estatus Laboral</b>	<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

<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Su relación con el niño aplicando:</b>		<b>Vive con su familia?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Estatus Laboral</b>	<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

<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Su relación con el niño aplicando:</b>		<b>Vive con su familia?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Estatus Laboral</b>	<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

<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Su relación con el niño aplicando:</b>		<b>Vive con su familia?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Estatus Laboral</b>	<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

<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Su relación con el niño aplicando:</b>		<b>Vive con su familia?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Estatus Laboral</b>	<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

<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Su relación con el niño aplicando:</b>		<b>Vive con su familia?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Estatus Laboral</b>	<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

<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Su relación con el niño aplicando:</b>		<b>Vive con su familia?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Estatus Laboral</b>	<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

<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Su relación con el niño aplicando:</b>		<b>Vive con su familia?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Estatus Laboral</b>	<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: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN Y CONTACTOS DE EMERGENCIA**

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

Nombre: _____ <small style="text-align: center;">Nombre y apellido</small>	<b>Contacto:</b> Sí [ ] No [ ] <b>Liberar:</b> Sí [ ] No [ ]
Relación al Niño/a : _____	Dirección: _____
Números de Teléfono: Celular: _____	Casa: _____ Trabajo: _____
Nombre: _____ <small style="text-align: center;">Nombre y apellido</small>	<b>Contacto:</b> Sí [ ] No [ ] <b>Liberar:</b> Sí [ ] No [ ]
Relación al Niño/a : _____	Dirección: _____
Números de Teléfono: Celular: _____	Casa: _____ Trabajo: _____

### **Información medica del niño(a)**

<b>Informacion de Seguro:</b> Tipo (Asistencia Pública, por ejemplo, Medicaid, EPSDT o equivalente) _____ Nombre del proveedor de Seguro _____ Numero de la póliza de seguro _____
<b>Proveedor de atención primaria:</b> Nombre del medico _____ Fecha de la ultima o próximo examen físico _____ Numero de telefono _____
<b>Proveedor de Cuidado Dental:</b> Nombre del dentista _____ Fecha de la ultima o próximo examen dental _____ Numero de telefono _____

#### **Consentimientos para una evaluación medica**

#### **Otros permisos**

Dental	Y N	Altura/Peso	Y N	Compartir registros de salud con el sistema escolar	Y N
Plomo	Y N	Hemoglobina/Hematocrit	Y N	El uso de la fotografia del niño(a)	Y N
Presion arterial	Y N	Otro (especificar)	Y N	Otro (especificar)	Y N

#### **Alergias**

#### **Medicacion**

--	--

Yo / Nosotros damos permiso para que el personal de Bear River Early Head Start / Preescolar Head Start para proporcionar los primeros auxilios y buscar atención mediccal de emergencia, si es necesario, para mí / nosotros y mi / nuestro hijo \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**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 metilina (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 ENJUAGUE DE FLUORURO?

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

Sí la respuesta es sí ¿para cuáles 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 ¿cuándo?** \_\_\_\_\_
- ¿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 ¿cuándo?** \_\_\_\_\_



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 <b><i>**Please include a treatment plan of work completed during this appointment.</i></b>

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. <b><i>Please include a copy of the treatment plan.</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Follow up appointment is set for: _____.</li><li>○ Anticipated number of appointments to complete treatment: _____.</li></ul> <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**

