

# BEAR RIVER HEAD START APLICACIÓN

AÑO ESCOLAR: 2015-16

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

**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) 723-7755 Fax 435-734-4932/ **Fielding** (435) 458-2700 / **Preston** (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)
  - documento de Foster Care
  - Forma W-2
  - verificación de TANF
  - talones de cheques-preferible de 12 meses
  - una carta del patrón
  - asistencia pública SSI

**\* 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 2015-2016.
- ☐ **Examen del Plomo:** Si su hijo/a tiene 12 meses o más 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 medicad 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 2015), 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 24 de Agosto del 2015, 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 2015-16

## Información de los Miembros de la Familia

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Personal</b><br>Child Plus # _____ Date application received _____ Staff recruiter _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                         |
| <input type="checkbox"/> <b>Preschool Head Start (PHS)</b> <input type="checkbox"/> <b>Early Head Start (EHS)</b> <input type="checkbox"/> <b>Child Care Connection (CCC)</b> <input type="checkbox"/> <b>Early Childcare Partnership (ECP)</b><br>Para niños de 3- 5 años de edad Para niños de 0 - 3 y madres embarazadas Para niños de 3-5 años de edad Para niños de 0-4 años de edad                             |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                         |
| <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><br>(persona llenando la aplicación)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <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> ( Si es diferente de su Domicilio) <b>Ciudad</b> <b>Estado</b> <b>Código Postal</b> <b>Condado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                         |
| <b>¿Es donde vive un arreglo temporal?</b><br>(No se aplica a contratos de renta)<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>¿Sí su respuesta es si, es debido a pérdida de hogar O porque no puede seguir pagando su casa?</b><br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <b>¿Cualquiera de los siguientes se aplica a su hogar en este momento?</b><br><input type="checkbox"/> Compartiendo una residencia <input type="checkbox"/> Viviendo en un hotel, O en un refugio<br><input type="checkbox"/> Viviendo en un coche, el parque, un campamento, O en espacio público<br><input type="checkbox"/> Viviendo en un espacio sin servicios adecuados |                                                 |                                         |
| <b>Teléfono de casa</b><br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Teléfono celular</b><br>( )                                                                                                                                   | <b>Teléfono del trabajo</b><br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Teléfono de mensaje/nombre</b><br>( )        |                                         |
| 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             |
| <b>Padres en el Hogar:</b> <input type="checkbox"/> Solo uno <input type="checkbox"/> Los dos <input type="checkbox"/> Cuidado Familiar <input type="checkbox"/> Cuidado Temporal (Foster Care)                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                         |
| <b>Idioma principal hablado en casa:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  | <b>Idioma en que prefiere las visitas/correspondencia:</b><br>Inglés o Español                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                         |
| <b>Indique por favor su primera elección con un "1" y su segunda elección con un "2"</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                         |
| <b>Opciones del programa Early Head Start:</b> <b>Clases en el Centro UTAH</b> __ Cache<br><b>Visitas en el Hogar UTAH</b> __ Box Elder __ Cache <b>IDAHO</b> __ Caribou/Bear Lake __ Franklin __ Oneida/S.Bannock                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                         |
| <b>Opciones del programa PHS de visitas en el Hogar:</b> __ Box Elder __ Cache __ Rich __ Caribou<br>__ Franklin __ Snowville __ South Bannock                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                         |
| <b>Opciones del programa PHS de clases en el Centro: UTAH</b> __ Brigham AM __ Brigham PM __ Fielding<br>__ Logan AM __ Logan AM (3 y 4 años) __ Logan PM __ Logan AM (3 años) __ Logan PM (3 años)<br>__ South Cache __ Richmond __ Smithfield __ Hyrum __ CCC Combination<br><b>IDAHO</b> __ Paris __ Preston AM __ Preston PM __ Malad __ Soda Springs                                                             |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                         |
| <b>Por favor marcar todo lo que usted recibe:</b> <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> WIC ID# _____<br>(Los siguientes documentos serán requeridos y archivados con la aplicación: SSI/TANF)                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                         |
| <b>Recomendaciones de</b> (por favor presente documentación) <input type="checkbox"/> Distrito Escolar <input type="checkbox"/> Departamento de salud O WIC <input type="checkbox"/> CAPSA <input type="checkbox"/> Programa Up to 3<br><input type="checkbox"/> Doctor/Asistencia de salud <input type="checkbox"/> La División de Servicios de Niños y Familia O CPS <input type="checkbox"/> 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 SERÁ 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 \_\_\_\_\_

Firma de Personal/Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

| NECESIDADES DE CUIDADO DE NIÑOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>• Su niño necesita cuidado de tiempo completo/ todo el año mientras estudia o trabaja?    <input type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>• Si respondió si, son los servicios a través de Preschool Head Start, Child Care Connection, Early Childcare Partnership, or Early Head Start?    <input type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p> |  |
| <p>• Por favor marcar el tipo de cuidado que recibe su niño en el tiempo del día que no está en Preschool Head Start o Early Head Start.</p> <p><input type="checkbox"/> Casa de Cuidado Infantil                      <input type="checkbox"/> Programa en la escuela publica</p> <p><input type="checkbox"/> Centro o Casa de Cuidado                      <input type="checkbox"/> En casa o con familiar o con conocidos                      <input type="checkbox"/> Otro</p> |                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <p>• Recibe asistencia publica para el cuidado de su niño?    <input type="checkbox"/> SÍ    <input type="checkbox"/> NO</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                      |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Esta embarazada? [ ] Sí [ ] No<br>Sí usted contestó sí, favor de contestar las siguientes preguntas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿Qué tipo de cobertura tiene su embarazo?<br>[ ] Asistencia Pública [ ] Seguro Privado<br>[ ] Ninguno<br>Nombre de Proveedor:                                                                                                                                                                                                 | Recibe cuidado prenatal?:<br>[ ] Sí [ ] No                                                                                 |
| Fecha esperada del Parto ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ¿Esta participando en grupos de apoyo o educativos para el embarazo, nacimiento de niños, o crianza de hijos durante su embarazo actual? [ ] Sí [ ] No                                                                                                                                                                        |                                                                                                                            |
| Tiene visitas regulares de una Enfermera, Trabajadora Social, Persona de apoyo de la escuela, etc. durante su embarazo actual:<br><br>¿Quién la visita?: _____<br><br>Agencia: _____                                                                                                                                                                                                                                                    | El uso de sustancias durante el embarazo: (Marque todos los que aplican):<br><br>Alcohol [ ] Sí [ ] No Otras Drogas: [ ] Sí [ ] No<br>Especificar: _____<br><br>Cafeína [ ] Sí [ ] No Drogas sin receta: [ ] Sí [ ] No<br>Especificar: _____<br><br>Cigarrillos [ ] Sí [ ] No Con receta: [ ] Sí [ ] No<br>Especificar: _____ | Su Proveedor de cuidado prenatal primario:<br>_____<br><br>Su medico de cabecera o primario:<br>(Sí es diferente)<br>_____ |
| Servicios Médicos o de salud que actualmente recibe: [ ] <b>Actualmente no recibo ningún servicio</b><br>[ ] Asistencia Médica, Fecha de inicio ____/____/____ [ ] Tratamiento por Abuso de Sustancias, Fecha de inicio ____/____/____<br>[ ] Otros Servicios, Especifique _____ [ ] Consejería de salud mental / Tratamiento, Fecha de inicio ____/____/____<br>[ ] WIC / Otros servicios de Nutrición, Fecha de inicio ____/____/____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                            |

| Family Income for the last 12 months                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                          |      |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|
| <b>Type codes:</b> ERN-Earned    SUB-Subsidized<br>TANF-TANF    SSI-SSI                                                                                                                                                                                                                                            |      |                                                                                                                                                                         |                   | <b>Verification codes:</b> W2-W-2    TX-Tax Forms    CS-Checks<br>stubs    EL-Employer Letter    TANF-TANF    Other-fill in<br>verification                                              |      |              |
| Family Member                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Date | Amount                                                                                                                                                                  | Per Week<br>Month | Annual<br>Amount                                                                                                                                                                         | Type | Verification |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                          |      |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                          |      |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                          |      |              |
| <b>Proof of Birth Verified with:</b><br><input type="checkbox"/> Birth/Government ID Certificate<br><input type="checkbox"/> Blessing/Christening Certificate<br><input type="checkbox"/> Authorized Verification<br>from Hospital<br><input type="checkbox"/> Government Identification<br><br>Initialed by:_____ |      | <b>Up to Date Immunizations</b><br>(Copy included with<br>application)<br><br><input type="checkbox"/> Yes<br><br><input type="checkbox"/> No<br><br>Initialed by:_____ |                   | <b>Yearly Income:</b><br><br>Verified by:_____<br>Date:_____<br><input type="checkbox"/> Income Eligible<br><input type="checkbox"/> Over Income<br><input type="checkbox"/> Other _____ |      |              |

## 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><br><input type="checkbox"/> Maestría<br><input type="checkbox"/> Licenciatura<br><input type="checkbox"/> Bachillerato/carrera corta<br><input type="checkbox"/> Entrenamiento/ Cert. Técnico<br><input type="checkbox"/> Poca Universidad/Escuela Técnica<br><input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria(high school) | <input type="checkbox"/> GED<br><input type="checkbox"/> Grado 12<br><input type="checkbox"/> Grado 11<br><input type="checkbox"/> Grado 10<br><input type="checkbox"/> Grado 9 o Menos<br>especifique_____ | <b>Estatus Laboral</b><br><input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más)<br><input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento<br><input type="checkbox"/> Medio Tiempo<br><input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento<br><input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento<br><input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado<br><input type="checkbox"/> Temporal<br><input type="checkbox"/> Desempleado<br><input type="checkbox"/> Ama de Casa |
| <b>Habilidad del Inglés</b><br><input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende)<br><input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende )<br><input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco)<br><input type="checkbox"/> Bien (Habla y entiende)                                                                                           | <b>Idioma Principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés<br><input type="checkbox"/> Español<br><input type="checkbox"/> Otro _____<br><b>Origen:</b>                                                       | <b>Raza</b> (Marque todos los que aplican)<br><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano<br><input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico<br><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> Otro _____                                                                                                                                                                |
| ¿Qué es su relación al niño aplicando para Bear River Head Start?<br>¿Tiene custodia legal del niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Correo electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

### Adulto Secundario

| 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>Teléfono de casa</b><br>( ) ( ) ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Teléfono celular</b><br>( ) ( ) ( )                                                                                                                                                                      | <b>Teléfono del trabajo</b><br>( ) ( ) ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Teléfono de mensaje</b><br>( ) ( ) ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Domicilio</b> (sí es diferente de la familia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Ciudad</b>                                                                                                                                                                                               | <b>Estado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Código Postal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Condado</b>                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Domicilio donde recibe correo</b> ( Sí es diferente de su Domicilio)                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Ciudad</b>                                                                                                                                                                                               | <b>Estado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Código Postal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Condado</b>                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nivel de Educación</b><br><input type="checkbox"/> Maestría<br><input type="checkbox"/> Licenciatura<br><input type="checkbox"/> Bachillerato/carrera corta<br><input type="checkbox"/> Entrenamiento/ Cert. Técnico<br><input type="checkbox"/> Poca Universidad/Escuela Técnica<br><input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria(high school) | <input type="checkbox"/> GED<br><input type="checkbox"/> Grado 12<br><input type="checkbox"/> Grado 11<br><input type="checkbox"/> Grado 10<br><input type="checkbox"/> Grado 9 o Menos<br>especifique_____ | <b>Estatus Laboral</b><br><input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más)<br><input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento<br><input type="checkbox"/> Medio Tiempo<br><input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento<br><input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento<br><input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado<br><input type="checkbox"/> Temporal<br><input type="checkbox"/> Desempleado<br><input type="checkbox"/> Ama de Casa |
| <b>Habilidad del Inglés</b><br><input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende)<br><input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende )<br><input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco)<br><input type="checkbox"/> Bien (Habla y entiende)                                                                                           | <b>Idioma Principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés<br><input type="checkbox"/> Español<br><input type="checkbox"/> Otro _____<br><b>Origen:</b>                                                       | <b>Raza</b> (Marque todos los que aplican)<br><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano<br><input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico<br><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano<br><input type="checkbox"/> Otro _____                                                                                                                                                                |
| ¿Qué es su relación al niño aplicando para Bear River Head Start?<br>¿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"/> |                              |                                        |
| <b>Nombre</b>                                                                                                                                                                           | <b>Domicilio</b>             | <b>Teléfono de casa</b> ( ) ( ) ( )    |
| <b>Fecha de Nacimiento</b>                                                                                                                                                              | <b>Ciudad</b>                | <b>Teléfono de celular</b> ( ) ( ) ( ) |
|                                                                                                                                                                                         | <b>Estado/ Código Postal</b> | <b>Teléfono de trabajo</b> ( ) ( ) ( ) |

### 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                            |
| <b>Habilidad del Inglés</b><br><input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende)<br><input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende )<br><input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco)<br><input type="checkbox"/> Bien (Habla y entiende) | <b>Idioma Principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés<br><input type="checkbox"/> Español<br><input type="checkbox"/> Otro _____<br><b>Origen:</b> | <b>Raza</b> (Marque todos los que aplican)<br><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano<br><input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico<br><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano<br><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"/> |           | Fecha de Nacimiento:                                                         |
| Cual es la relación con el niño aplicando:                                                                                   |           | 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"/> |           | Fecha de Nacimiento:                                                         |
| Cual es la relación con el niño aplicando:                                                                                   |           | 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"/> |           | Fecha de Nacimiento:                                                         |
| Cual es la relación con el niño aplicando:                                                                                   |           | 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"/> |           | Fecha de Nacimiento:                                                         |
| Cual es la relación con el niño aplicando:                                                                                   |           | 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"/> |           | Fecha de Nacimiento:                                                         |
| Cual es la relación con el niño aplicando:                                                                                   |           | Vive con la familia? 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: \_\_\_\_\_ **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: \_\_\_\_\_

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

**Información de Seguro:** Tipo (Asistencia Pública, por ejemplo, Medicaid, EPSDT o equivalente) \_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor de Seguro \_\_\_\_\_  
Numero de la póliza de seguro \_\_\_\_\_

**Proveedor de atención primaria:** Nombre del medico \_\_\_\_\_  
Fecha de la ultima o próximo examen físico \_\_\_\_\_  
Numero de telefono \_\_\_\_\_

**Proveedor de Cuidado Dental:** Nombre del dentista \_\_\_\_\_  
Fecha de la ultima o próximo examen dental \_\_\_\_\_  
Numero de telefono \_\_\_\_\_

### **Consentimientos para una evaluación médica**

### **Otros permisos**

|             |     |                        |     |                                             |     |
|-------------|-----|------------------------|-----|---------------------------------------------|-----|
| Dental      | Y N | Hemoglobina/Hematocrit | Y N | Compartir registros de salud con el sistema | Y N |
| Plomo       | Y N | Otro (especificar)     | Y N | escolar                                     |     |
| Altura/Peso | Y N |                        |     | El uso de la fotografía del niño(a)         | 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 médica 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 2014? [ ☐ 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 ENJUAGE 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 ¿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?** \_\_\_\_\_

**BELOW THIS LINE STAFF USE ONLY**  
**USO DE PERSONAL SOLAMENTE**

---

**This section is to be completed by the staff recruiter. Please complete interview and mark all that apply with parent. Esta sección debe ser completada por el personal. Por favor complete la entrevista y marque todo lo que aplica a la familia.**

- \_\_\_\_\_ Current Income (check stubs, W2, tax form 1040, or employer letter)  
*Verificación de ingresos (Formulario de impuestos (1040), forma W-2, talones de cheques, carta de portón)*
- \_\_\_\_\_ Proof of age-birth certificate OR christening/blessing certificate  
*Prueba de edad (acta de nacimiento O acta de bautismo)*
- \_\_\_\_\_ Immunizations Record  
*Carta de Vacunas*
- \_\_\_\_\_ Scholarship/grants  
*Becas*
- \_\_\_\_\_ WIC ID Number (if applicable)  
*Numero de WIC (si es aplicable)*
- \_\_\_\_\_ Health releases initialed and signed  
*Firme y ponga sus iniciales en la forma de Autorización Para las Aéreas de Salud y Educación*
- \_\_\_\_\_ If marked Yes, as living arrangement temporary, document why. (if applicable)  
*Si marco SI, en Es donde vive un arreglo temporal explique su situación (si es aplicable)*
- \_\_\_\_\_ Verify all members have a full date of birth  
*Verifique que todos los miembros de la familia tengan una fecha de nacimiento completa.*
- \_\_\_\_\_ Medical & dental appointment dates & doctors information  
*Información medica y dental con fechas de citas*
- \_\_\_\_\_ SSI, TANF, or Foster Placement form (if applicable)  
*Forma de SSI, TANF, o colocación de hogar (Foster care)(si es aplicable)*
- \_\_\_\_\_ Complete emergency contact information  
*Complete la forma de Información de Contactos de Emergencia*
- \_\_\_\_\_ Both parents education/employment status filled in with both or one working parents income.  
*Educación/estatus laboral de ambos padres, igual que el ingreso de ambos o de un solo padre.*

I the parent have completed this interview with a Bear River Head Start staff. They have reviewed that all information has been submitted with my application. By signing this form, I certify to the best of my knowledge and belief that all information regarding eligibility provided by me is true and accurate.  
*Yo el padre he completado esta entrevista con un personal de Bear River Head Start. Han revisado que toda la información se ha presentado con mi solicitud. Al firmar este formulario, certifico a lo mejor de mi conocimiento y creencia que se proporciona toda la información relativa a elegibilidad por mí es verdadera y exacta.*

I, staff member of Bear River Head Start, have reviewed and conducted this interview with the parent.  
*Yo, miembro de Bear River Head Start, he revisado y completado esta entrevista con el padre/guardián.*

**Parent/Guardian Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Guardián* *Fecha*

**Witness/Staff Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
*Firma del Testigo/Personal* *Fecha*

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

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

- De una familia que previamente estuvo inscrita en Head Start.
- De un vecino o amigo.
- Leyendo un folleto.
- Escuchando la radio.
- Pasó por una caseta de Head Start.
- Un empleado de Head Start se puso en contacto con usted.
- Las paginas amarillas.
- El internet.
- Otro \_\_\_\_\_

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

- Head Start se la mando por correo.
- De un vecino o amigo.
- De su intercesor familiar.
- De un evento en la comunidad.
- De una agencia en la comunidad.
- De una maestra de Head Start.
- Otro\_\_\_\_\_

### Comentarios/Notas

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface. There is no handwriting or other markings on the paper.

Querido Padre/Apoderado:

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

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

### **REQUERIMIENTOS MEDICOS Y DENTALES**

- ☐ **Examen físico:** Su hijo necesita un examen físico con su doctor cada año.
- ☐ **Hematocrito/Hemoglobina (hierro):** Su hijo necesita un examen de hematocrito o hemoglobina hecho junto con el examen físico si NO TIENE WIC, para el año escolar 2015-2016. *Si su hijo tiene WIC, Head Start obtendrá los resultados usando el permiso de obtener resultados que usted dio en la Forma de información médica de la aplicación. Asegúrese de firmar este permiso si su hijo tiene WIC. Por favor **NO** trate usted de obtener los resultados de la oficina de WIC.*
- ☐ **Examen del plomo:** Si su hijo nunca ha tenido un examen del plomo, obtenga un examen del plomo junto con el examen físico. Si su hijo no tienen Medicaid, por favor llame al 1-877-755-0081, ext. 225.
- ☐ **Examen dental:** Su hijo necesita un examen dental con su dentista. Si lleva a su hijo al dentista cada seis meses, solo necesitamos el examen mas reciente.
- ☐ **Inmunizaciones:** Vacunas requeridas para el preescolar:

|                         |                                            |                         |
|-------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|
| <b>DTP- 4 vacunas</b>   | <b>HEP A- 2 vacunas</b>                    | <b>HEP B- 3 vacunas</b> |
| <b>HIB- 1+ vacunas</b>  | <b>Varicella- 1 vacuna</b>                 | <b>MMR- 1 vacuna</b>    |
| <b>POLIO- 3 vacunas</b> | <b>PREVNAR/PCV/PNEUMOCOCCAL- 4 vacunas</b> |                         |

**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

# HEAD START HEALTH EXAM

**CHILD'S NAME:** \_\_\_\_\_

Child's Birth date: \_\_\_\_\_

**DATE OF EXAM:** \_\_\_\_\_

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**

## Required Information by Head Start

Ht: \_\_\_\_\_ Hematocrit: \_\_\_\_\_

Wt: \_\_\_\_\_ Hemoglobin: \_\_\_\_\_

OFC: \_\_\_\_\_ Lead: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_ Vision: \_\_\_\_\_

## EXAMINING PHYSICIAN PLEASE NOTE

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.

### Immunization Received today (if needed):

|        |           |           |       |     |
|--------|-----------|-----------|-------|-----|
| DTP    | Hib       | Polio     | Hep B | MMR |
| PCV-13 | Rotavirus | Varicella | Hep A | Flu |

## CLINICAL EVALUATION

Dental Screening ☐ Y ☐ N

Concerns: \_\_\_\_\_ Referral Made ☐ Y ☐ N

☐ Lead assessment completed with Parent (refer to back of form)

Insurance of Child \_\_\_\_\_

Lab Referral made ☐ Y ☐ N If not why? \_\_\_\_\_

\*

| CLINICAL EVALUATION                    | NORMAL | ABNORMAL | IF ABNORMAL, DESCRIBE FINDINGS | FOLLOW-UP NEEDED?                                     | REFERRED |
|----------------------------------------|--------|----------|--------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|
| General Appearance                     |        |          |                                | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |          |
| Any height/weight concerns?            |        |          |                                |                                                       |          |
| 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 \_\_\_\_\_

June 2014



# BEAR RIVER HEAD START DENTAL SERVICES FORM

Service Date: \_\_\_\_\_

Services Rendered: **(Please check all that apply)**

Child's Name: \_\_\_\_\_

☐ Exam

Parent's Name: \_\_\_\_\_

☐ X-rays

Dentist's Name: \_\_\_\_\_

☐ Child Prophy

☐ Fluoride

Dental Insurance? Yes or No

\* Was a fluoride supplement discussed/prescribed at this appointment? \_\_\_\_\_

Name of Insurance: \_\_\_\_\_

☐ Oral Hygiene Instruction

☐ Restorations/Treatment **\*\*Please include a treatment plan of work completed during this appointment.**

Results of Appointment:

☐ Child needs no further work at this time. Six month appointment set: \_\_\_\_\_

OR

☐ Further work is needed. Please include a copy of the treatment plan.

➤ Follow up appointment is set for: \_\_\_\_\_

➤ Antisipated number of appointments to complete treatment: \_\_\_\_\_

☐ 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**