

Que va a traer a su cita (Lea detalladamente)

1. _____ El acta de nacimiento oficial de la forma larga del niño(a), custodia legal o de la tutela si fuese aplicable.
2. _____ Prueba de la residencia en New Haven (un contrato de arrendamiento actual o un cobro de utilidad ya sea de luz o gas a su nombre o una declaración notariada que certifique todos los miembros de la familia que viven con usted.
3. _____ Prueba de Ingreso. Esta consiste si trabaja, los últimos cuatro talonarios del empleo si cobra semanal, los últimos dos si cobra bi-semanal o quincenal, o el último si cobra de su pareja y suyos. Una carta del departamento de Servicios sociales del estado de Connecticut donde estipula el ingreso que recibe, carta de ingreso del Seguro Social, Pensión Alimentaria o cualquier otro ingreso que reciba. Los padres que no trabajen necesitan una carta notariada que certifique que no tiene ningún ingreso. No aceptara declaraciones de cuenta de banco como prueba de ingreso. **NOTA: Si el padre o la madre entrega una carta que no tiene ingreso debe proveer documentos que respalden el no tener ingreso, ya sea prueba de aplicación de asistencia económica y denegación de la misma, si tiene desempleo y se le acabo el beneficio debe traer la carta de terminación de beneficios de desempleo. Se le pueden exigir algún otro documento para ser elegible.**
4. _____ Debe traer un examen físico reciente completo y firmado por el proveedor de salud en el formulario de evaluación medica del estado de Connecticut con los resultados de hemoglobina/hematocrito (HGB/HCT), la evaluación de riesgo de tuberculosis (TB). Se necesita la prueba del plomo también. **NOTA: es una pregunta que debe contestar el proveedor de salud de su niño(a) con un si o no**, record de las inmunizaciones o vacunas que incluya la vacuna para la influenza (*Flu Shot*) y tarjeta de plan medico. Documentación adicional puede ser requerida por la enfermera después de haber sido revisada la documentación entregada.
5. _____ Un examen dental completo. (realizado en los últimos seis meses)

Todos los documentos en la aplicación deben ser completados en su totalidad y firmados por el padre o encargado.

Recordatorio: Firmó usted: 

- La aplicación: _____
- Formulario de Contactos de Emergencia: _____
- Cuestionario del Idioma en el Hogar: _____
- Cuestionario de Historial de salud (Debe ser completado por el padre o encargado): _____

Si tiene alguna pregunta adicional o quiere hacer una cita puede llamar al:
(203) 946-6950, (475) 220-1463 Head Start o (203) 946-8446, (475) 220-1482 School Readiness

Todos los documentos son necesarios para poder completar el proceso de admisión

REGISTRACION ES POR CITA SOLAMENTE

(Si no puede asistir a la cita favor llamar y notificarlo para darle una cita nuevamente)

Nosotros sabemos que las Familias pueden tener circunstancias especiales. Por favor déjelo saber en su cita para poder acomodar las necesidades de su familia

Aplicación para Participar en el Programa

Página 1/2

INFORMACION DEL HIJO: Llene la información de su niño

Apellido:	Nombre/Inicial:	Preferido:
Cumpleaños:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Estado del padre: Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/>

LA DEMOGRAFIA DEL NIÑO: Llene la información de su niño

Raza (marque todo que aplique): <input type="checkbox"/> Indio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaii/Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro: _____	Lenguaje	¿Lenguaje principal?	
	Inglés	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Español	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Etnia:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad:			

INFORMACIÓN FAMILIAR: Llene la información sobre adultos y familiar que participan en la vida de su niño

PARENTE/GUARDADOR	Nombre:	¿Adulto principal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Relación al niño:		Cumpleaños:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección electrónica:		
Número de Teléfono:	¿Teléfono principal?	Tipo (trabajo, casa, celular)
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Padre Joven: (19 o más joven) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Custodia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive con su niño: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Relación del niño con el adulto:	Nivel del Inglés:	Nivel de Educación:	Empleado:
<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino/a <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Experto	<input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Graduado E.S. <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Graduado Maestría	<input type="checkbox"/> 9 Grado <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciaturado
			<input type="checkbox"/> Trabajo completo (35+horas) <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado/Descapacitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento/Escuela
			<input type="checkbox"/> Trabajo completo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Medio tiempo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Empleo estacional <input type="checkbox"/> Desempleado

PARENTE/GUARDADOR	Nombre:	¿Adulto principal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Relación al niño:		Cumpleaños:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección electrónica:		
Número de Teléfono:	¿Teléfono principal?	Tipo (trabajo, casa, celular)
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Padre Joven: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Custodia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive con su familia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Relación del niño con el adulto:	Nivel del Inglés:	Nivel de Educación:	Empleado:
<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino/a <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Experto	<input type="checkbox"/> Algun Universidad <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Graduado E.S. <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Graduado Maestría	<input type="checkbox"/> < 9 Grado <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciaturado
			<input type="checkbox"/> Trabajo completo (35+horas) <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado/Descapacitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento/Escuela
			<input type="checkbox"/> Trabajo completo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Medio tiempo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Empleo estacional <input type="checkbox"/> Desempleado

MIEMBROS ADICIONALES que viven con la familia y son apoyados por renta del padre/del guarda:

Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:
Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:
Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:
Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:
Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:
Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:
Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:

Personas totales (incluyendo el participante y los adultos mencionados en frente, y todos mencionados arriba) que habitan en la casa del niño y que son miembros de su familia: _____

NECESIDADES DEL NIÑO **

¿Tiene su niño alguna discapacidad (diagnosticada por un doctor o un especialista)? Sí No ¿Tiene el/la un IEP (o IFSP)? Sí No

Si sí, por favor indique la discapacidad específica:

SERVICIOS: ¿Qué servicios recibe su familia?

Recibe usted WIC? Sí No Recibe usted subvención/documento para el cuidado del niño Sí No

CUESTIONES LEGALES: **

¿Trata actualmente su familia con cuestiones legales (juicio de familia, divorcio, periodo de prueba, etc.)? Sí No

Si aplicable, sea específico _____

Información Adicional

¿Ha sido antes matriculado su niño en Head Start u otro programa de preescolar? Sí No

Si sí, ¿qué programa? _____

¿Ha sido antes matriculado algún hermano de su niño en este programa de Head Start? Sí No

El/la niño/a es actualmente alistado? Sí No
Si sí, especifique fechas de asistencia: _____ hasta _____

¿Cómo se enteró de nuestro programa?
 Recomendación de palabra
 Vi/recibí un anuncio
 Vi/pasé por el centro
 Conozco a alguien que trabaja ahí

Enviado por una agencia - WIC, DYFS, WFNJ, etc.
 Especifíquela por favor: _____
 Otro
 Especifíquelo por favor: _____

Yo—o un adulto de mi familia—tiene acceso al Internet: Marque una de las casillas: Cada día Una vez por semana Unas veces por semana Unas veces por mes Con poca frecuencia o

FIRME AQUI POR FAVOR para verificar que ha cumplido esta aplicación y ha dado información verdadera.

Firma del Padre/Madre/Guardián:

Nombre (en letra de imprenta):

Fecha:

New Haven Public Schools
Early Childhood/Head Start Program

PowerSchool No. _____
Enrollment Date _____

EMERGENCY /CONTACT & RELEASE CHILD FORM

Formulario de emergencia y contacto para dejar salir a su hijo(a)

Child's Name _____ **Date of Birth** _____
Last (Apellido del niño) First (Nombre) Mo/Day/Yr (Mes/Día/Año)

Parent/Guardian _____
Name (Nombre y Apellido) Home Phone (Teléfono)/ Cell Phone (Teléfono celular)

Address _____
Street (Dirección) Zip Code (Código Postal)

Employer _____
Name (Empleador) Address (Dirección) Work Phone (Teléfono de trabajo)

Parent/Guardian _____
Name (Nombre y Apellido) Address (Dirección) Home Phone (Teléfono)/ Cell Phone (Teléfono celular)

Employer _____
Name (Empleador) Address (Dirección) Work Phone (Teléfono de trabajo)

IN CASE OF EMERGENCY AND WE CANNOT REACH EITHER PARENT/GUARDIAN LISTED ABOVE, WE WILL CONTACT AND/OR RELEASE YOUR CHILD TO THE FOLLOWING PERSONS LISTED ONLY-- En caso de emergencia y no podemos llegar a cualquiera de los padres arriba mencionado, nos podremos en contacto y/o liberar a su hijo a las siguientes personas en la lista solamente:

1. _____
Name (Nombre y Apellido) Speaks (Habla) ___ English or ___ Spanish Home Phone (Teléfono)/ Cell Phone (Teléfono celular) Relationship/Relación

2. _____
Name (Nombre y Apellido) Speaks (Habla) ___ English or ___ Spanish Home Phone (Teléfono)/ Cell Phone (Teléfono celular) Relationship/Relación

3. _____
Name (Nombre y Apellido) Speaks (Habla) ___ English or ___ Spanish Home Phone (Teléfono)/ Cell Phone (Teléfono celular) Relationship/Relación

4. _____
Name (Nombre y Apellido) Speaks (Habla) ___ English or ___ Spanish Home Phone (Teléfono)/ Cell Phone (Teléfono celular) Relationship/Relación

RESTRICTED FROM PICK-UP _____ **Documentation Provided (documentacion por orden judicial)** _____
Honored only with court ordered documentation (Restriccion/Personas que no pueden recoger a su hijo(a)) Staff initials

Child's Medical Information/Niño Médica Información

Medical Problems/Médica Problema: _____

Primary Health Care Provider/Medico de Cabecera: _____

Name of Dentist/ Nombre del Dentista: _____

Health Insurance Company/compania de seguro médico: _____

Preferred Hospital/Hospital preferido: _____

Allergies/Alergia: _____

Telephone Number/Teléfono: _____

Telephone Number/Teléfono: _____

Health insurance number/ numero de identificacion de seguro medico _____

IN CASE OF AN EMERGENCY, I GIVE PERMISSION TO THE SCHOOL STAFF TO TAKE MY CHILD TO THE ABOVE HOSPITAL. I UNDERSTAND THAT A STAFF MEMBER WILL ACCOMPANY MY CHILD AND THAT I WILL BE NOTIFIED IMMEDIATELY—En caso de una emergencia, yo doy permiso al personal de la escuela llevar a mi hijo al hospital superior. Entiendo que un miembro de personal acompañará mi hijo y que me sera notificado de inmediato.

SIGNATURE _____ **DATE** _____
Parent/Guardian Firma del padre, la madre o del tutor Fecha

SIGNATURE _____ **DATE** _____
Parent/Guardian Firma del padre, la madre o del tutor Fecha

White – Classroom

Yellow – Social Services

Pink – Nursing

Revised 2/2019 ERPP

HOME LANGUAGE SURVEY

Welcome to New Haven Public Schools!

We have a few questions about languages spoken at home. We are required by the US Department of Education to ask for this information because it will help us know how we can best support your child. The language information also helps us know how we can best communicate with you. Please share with us the language(s) spoken by your family and in your home.

Student Information:

Student First Name	Student Last Name	Date of Birth	Grade
Address: _____		Phone: _____	

1) What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by the student?

2) What is the language most often spoken by the student? _____

3) What is the language the student first acquired? _____

Print Parent/Guardian Name

Parent's Signature

Date: _____

Thank you for answering the questions. We look forward to working with your child.

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR

¡Bienvenidos a nuestra escuela! Tenemos algunas preguntas acerca de los idiomas que se hablan en el hogar. El Departamento de Educación de EE.UU. nos exige pedir esta información porque nos ayudará a saber la mejor forma de ayudar a su hijo. La información sobre los idiomas también nos ayuda a saber la mejor forma de comunicarnos con ustedes. Por favor compartan con nosotros el o los idiomas que habla su familia y en su hogar.

Información del alumno:

Nombre del alumno	Apellido del alumno	Fecha de nacimiento	Grado
Dirección: _____		Teléfono: _____	

1) ¿Cuál es el principal idioma que se usa en el hogar, independientemente del idioma que habla el alumno?

2) ¿Qué idioma habla con mayor frecuencia el alumno? _____

3) ¿Cuál fue el primer idioma que adquirió el alumno? _____

Nombre del padre/madre/tutor (**escribe en letra de molde**)

Firma del padre/madre/tutor

Fecha: _____

Gracias por contestar las preguntas. Estamos deseosos de trabajar con su hijo.

Acuerdo de Asistencia del Programa de Head Start Early Childhood Registration Office

Fecha: _____

El Programa de Head Start quiere asegurarse que los niños asistan de manera regular, la asistencia mínima permitida es de ochenta y cinco por ciento (85%). Por lo tanto, es muy importante que todos los niños asistan a la escuela de forma regular. Los niños que no asisten con regularidad no alcanzarán los conocimientos académicos. Usted es responsable de notificar a una de las siguientes personas; La Maestra de su hijo, Trabajador Social de la clase, la oficina principal o director de la escuela. Niños con asistencia irregular debido a una enfermedad necesitarán una nota del doctor. Padres de niños con múltiples ausencias injustificadas serán aconsejados y obligados a firmar un acuerdo de ausencia que establezca que el niño se dará por terminado del programa si su asistencia no mejora.

Debido a nuestros Estándares de rendimiento federales de Head Start, debemos contactarnos con las familias dentro de una (1) hora de la hora de llegada del programa. Espere que su Trabajador de servicios para la familia se comunique con usted todos los días en que su hijo esté ausente.

Los Hábitos de Asistencia se desarrollan a una edad muy temprana. Si su hijo llega tarde de la hora prevista de llegada por más de (3) tres veces se proporcionará asesoramiento. Los niños que asisten regularmente y llegan a tiempo estarán más dispuestos al aprendizaje y hacer más productivos. Si su familia necesita el trabajador social de la clase o el Director de la escuela le ayudarán en el proceso.

Yo, _____ he leído la política de arriba y voy a hacer todo lo posible para que mi hijo participe en la escuela de forma regular. Si no estoy de acuerdo a que regrese a la lista de espera y dejar que otro niño se beneficie de este programa.

Firma del Padre/Guardian

Estudiante Registrado nombre

Trabajador de admisión de registro



NEW HAVEN PUBLIC SCHOOLS Early Childhood/Head Start Program

Autorización conforme a HIPAA para Intercambio de Salud y Liberación de Información

Yo, _____ (nombre del padre) le doy permiso al programa de primera infancia / Head Start de las escuelas públicas de New Haven para que libere /reciba información de cualquier proveedor / agencia / persona que brinde servicio para mí y/o mi hijo/a _____ (nombre del estudiante).
Fecha de nacimiento _____ para la siguiente información.

DESCRIPCIÓN: El estado y la divulgación de la información que se divulgará consiste en:

- Los resultados más recientes de Well-Child Medical / EPSDT Exam
- Hemoglobina/Hematocrito, Nivel (es) de Plomo, Evaluación de Riesgo de TB
- Cartilla de vacunación
- Resultados de exámenes dentales más recientes y estado de tratamiento
- Estado de Medicaid / Husky
- Servicios de Ciudadanía, Pasaporte / Visa e Inmigración de los EE.UU.
- Información financier
- Prueba de residencia en New Haven
- WIC (Si es elegible)
- Otros (especificar) _____

PROPÓSITO: La información se usará para el (los) siguiente(s) propósito (es):

1. Requisitos del programa de primera infancia Head Start
2. Evaluación de salud y planificación de servicios de atención médica y tratamiento en la escuela.
3. Evaluación médica y tratamiento.
4. Determinar la elegibilidad para los servicios, la asistencia, las necesidades educativas en el programa para la primera infancia y los objetivos familiares.
5. Otro (por favor especifique): _____

AUTORIZACIÓN

Esta autorización es válida durante la duración de mi hijo/a en el programa de niñez temprana de las escuelas públicas de New Haven. Entiendo que esta información se puede compartir a través de un intérprete, teléfono, fax, escáner, correo electrónico o en persona para satisfacer las necesidades de la familia. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de un aviso por escrito de la retirada de mi consentimiento. También entiendo que si rehusa firmar esto no interferirá con obtener servicios que Head Start ofrece para mi hijo (a).

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Firma del intérprete (si corresponde)

Fecha

Early Childhood Registration Office

Declaración de manutención infantil

Fecha: _____

Nombre de niño(a): _____

Nombre del padre/guardian: _____

Responsable de pagar manutención infantil nombre: _____

Estás recibiendo manutención infantil en este momento? __Si/No__

En sus propias palabras explique su estado de manutención infantil:

Firma de padre/guardian



Registro de la evaluación de salud de la niñez temprana

(Para niños recién nacidos hasta los 5 años)



Al padre, la madre o el tutor: Para poder brindarle el mejor servicio, los proveedores de atención médica de la niñez temprana deben entender las necesidades de salud de su hijo. En la 1ra parte de este formulario le pedimos información sobre la salud de su hijo. Ésta ayudará a los médicos para su evaluación (Parte II). Antes de poder ingresar a un Programa de la Niñez Temprana, la ley del estado requiere que un médico, enfermera de práctica avanzada, asociado médico, profesional de la salud certificado legalmente o un asociado médico asignado a una base militar realice una evaluación de salud y le haya puesto las vacunas principales.

Por favor escriba en letra de imprenta

Nombre del niño (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña
--	----------------------------------	---

Dirección (calle, poblado y código postal)

Nombre del padre, la madre o tutor (apellido, nombre, 2do nombre)	Teléfono de la casa	Teléfono celular
---	---------------------	------------------

Programa de la Niñez Temprana (nombre y número de teléfono)	Raza/Procedencia étnica	
Médico de cabecera:	<input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino
Nombre del dentista:	<input type="checkbox"/> Negro, no de origen hispano	<input type="checkbox"/> Asiático/islas del Pacífico
Compañía de seguro médico/Número* o Medicaid/Número*	<input type="checkbox"/> Blanco, no de origen hispano	<input type="checkbox"/> Otro

¿Su hijo tiene seguro médico?	S	N	Si su hijo no tiene seguro médico, llame al 1-877-284-8759
¿Su hijo tiene seguro dental?	S	N	
¿Su hijo tiene seguro médico HUSKY?	S	N	

* Si aplica

Parte I – El padre, la madre o el tutor legal debe llenar esta parte.

Antes del examen físico, por favor conteste las siguientes preguntas acerca de la salud de su hijo(a).

Encierre en un círculo la S si la respuesta es "sí" o la N si la respuesta es "no". En el espacio que aparece a continuación, ofrezca una explicación a todas las preguntas a las que contestó "sí".

Alguna inquietud sobre la salud	S	N	Infecciones de oído frecuentes	S	N	Tratamientos para el asma	S	N
Alergia a alimentos, picaduras de abejas, insectos	S	N	Alguna dificultad del habla	S	N	Convulsiones	S	N
Alergia a algún medicamento	S	N	Algún problema con los dientes	S	N	Diabetes	S	N
Alguna otra alergia	S	N	En los últimos 6 meses, ¿le han revisado los dientes al niño?	S	N	Algún problema del corazón	S	N
Toma medicamentos todos los días/regularmente	S	N		Visitas frecuentes a la sala de emergencias	S	N		
Alguna dificultad con la visión	S	N	Nivel de actividad muy alto o bajo	S	N	Alguna enfermedad o lesión grave	S	N
Usa lentes de contacto o anteojos	S	N	Alguna inquietud con el peso	S	N	Alguna operación/cirugía	S	N
Alguna dificultad con la audición	S	N	Dificultad con la respiración o tiene tos	S	N	Alguna inquietud acerca de o sobre envenenamiento con plomo	S	N
Desarrollo - Tiene alguna preocupación acerca del:						Alguna inquietud con el sueño	S	N
1. Desarrollo físico	S	N	5. Puede comunicar sus necesidades	S	N	Presión sanguínea alta	S	N
2. Habilidad para moverse de un lugar a otro	S	N	6. Interacción con otros	S	N	Inquietudes con la alimentación	S	N
			7. Comportamiento	S	N	Alguna inquietud con uso del baño	S	N
3. Desarrollo social	S	N	8. Habilidad para entender	S	N	Servicios del programa Birth to 3	S	N
4. Desarrollo emocional	S	N	9. Habilidad para usar las manos	S	N	Educación preescolar especial	S	N

Si respondió "SI" a alguna de las preguntas, explique su respuesta o proporcione información adicional:

¿Ha hablado con el médico de cabecera de su hijo sobre alguno de los asuntos mencionados anteriormente? S N

Por favor apunte el nombre de cualquier medicamento que su hijo tendrá que tomar mientras asiste al programa:

En caso de que sea necesario administrar algún medicamento durante el Programa, el médico que le recetó el medicamento y el padre, la madre o el tutor legal deben firmar una autorización adicional llamada Medication Authorization Form (formulario de autorización para administrar medicamentos).

Por este medio doy autorización al médico de mi hijo y al profesional de la niñez temprana o al asesor/enfermera/coordinador de salud a que compartan, confidencialmente, la información de este formulario, para cubrir las necesidades educativas y de salud de mi hijo(a) en el programa de la niñez temprana.

Firma del padre, la madre o del tutor

Fecha

Part II — Medical Evaluation

ED 191 REV. 8/2011

Health Care Provider must complete and sign the medical evaluation, physical examination and immunization record.

Child's Name _____ Birth Date _____ Date of Exam _____

I have reviewed the health history information provided in Part I of this form (mm/dd/yyyy) (mm/dd/yyyy)

Physical Exam

Note: *Mandated Screening/Test to be completed by provider.

*HT _____ in/cm _____% *Weight _____ lbs. _____ oz / _____% BMI _____ / _____% *HC _____ in/cm _____% *Blood Pressure _____ / _____
 (Birth – 24 months) (Annually at 3 – 5 years)

Screenings

<p>*Vision Screening</p> <p><input type="checkbox"/> EPSDT Subjective Screen Completed (Birth to 3 yrs)</p> <p><input type="checkbox"/> EPSDT Annually at 3 yrs (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Type:</td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><u>Right</u></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><u>Left</u></td> </tr> <tr> <td>With glasses</td> <td style="text-align: center;">20/</td> <td style="text-align: center;">20/</td> </tr> <tr> <td>Without glasses</td> <td style="text-align: center;">20/</td> <td style="text-align: center;">20/</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Unable to assess</p> <p><input type="checkbox"/> Referral made to: _____</p>	Type:	<u>Right</u>	<u>Left</u>	With glasses	20/	20/	Without glasses	20/	20/	<p>*Hearing Screening</p> <p><input type="checkbox"/> EPSDT Subjective Screen Completed (Birth to 4 yrs)</p> <p><input type="checkbox"/> EPSDT Annually at 4 yrs (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Type:</td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><u>Right</u></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><u>Left</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Pass</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Pass</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Fail</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Fail</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Unable to assess</p> <p><input type="checkbox"/> Referral made to: _____</p>	Type:	<u>Right</u>	<u>Left</u>		<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Pass		<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Fail	<p>*Anemia: at 9 to 12 months and 2 years</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">*Hgb/Hct:</td> <td style="width: 40%;">*Date</td> </tr> </table> <p>*Lead: at 1 and 2 years; if no result screen between 25 – 72 months</p> <p>Lead poisoning (≥ 10ug/dL)</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	*Hgb/Hct:	*Date
Type:	<u>Right</u>	<u>Left</u>																				
With glasses	20/	20/																				
Without glasses	20/	20/																				
Type:	<u>Right</u>	<u>Left</u>																				
	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Pass																				
	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Fail																				
*Hgb/Hct:	*Date																					
<p>*TB: High-risk group? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Test done: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Date: _____</p> <p>Results: _____</p> <p>Treatment: _____</p>	<p>*Dental Concerns <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Referral made to: _____</p> <p>Has this child received dental care in the last 6 months? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>*Result/Level: _____ *Date _____</p> <p>Other: _____</p>																				

***Developmental Assessment:** (Birth – 5 years) No Yes **Type:** _____

Results: _____

***IMMUNIZATIONS** Up to Date or Catch-up Schedule: **MUST HAVE IMMUNIZATION RECORD ATTACHED**

*Chronic Disease Assessment:

Asthma No Yes: Intermittent Mild Persistent Moderate Persistent Severe Persistent Exercise induced
 If yes, please provide a copy of an **Asthma Action Plan**

Rescue medication required in child care setting: No Yes

Allergies No Yes: _____

Epi Pen required: No Yes

History/risk of Anaphylaxis: No Yes: Food Insects Latex Medication Unknown source
 If yes, please provide a copy of the **Emergency Allergy Plan**

Diabetes No Yes: Type I Type II **Other Chronic Disease:** _____

Seizures No Yes: Type: _____

This child has the following problems which may adversely affect his or her educational experience:
 Vision Auditory Speech/Language Physical Emotional/Social Behavior

This child has a developmental delay/disability that may require intervention at the program.

This child has a special health care need which may require intervention at the program, e.g., special diet, long-term/ongoing/daily/emergency medication, history of contagious disease. *Specify:* _____

No Yes This child has a medical or emotional illness/disorder that now poses a risk to other children or affects his/her ability to participate safely in the program.

No Yes Based on this comprehensive history and physical examination, this child has maintained his/her level of wellness.

No Yes This child may fully participate in the program.

No Yes This child may fully participate in the program with the following restrictions/adaptation: (Specify reason and restriction.) _____

No Yes Is this the child's medical home? I would like to discuss information in this report with the early childhood provider and/or nurse/health consultant/coordinator.

Signature of health care provider MD / DO / APRN / PA

Date Signed

Printed/Stamped **Provider** Name and Phone Number

Immunization Record

To the Health Care Provider: Please complete and initial below.

Vaccine (Month/Day/Year) _____

	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5	Dose 6
DTP/DTaP/DT						
IPV/OPV						
MMR						
Measles						
Mumps						
Rubella						
Hib						
Hepatitis A						
Hepatitis B						
Varicella						
PCV* vaccine						*Pneumococcal conjugate vaccine
Rotavirus						
MCV**						**Meningococcal conjugate vaccine
Flu						
Other						

Disease history for varicella (chickenpox) _____

(Date)

(Confirmed by)

Exemption: Religious _____ Medical: Permanent _____ †Temporary _____ Date _____
 †Recertify Date _____ †Recertify Date _____ †Recertify Date _____

Immunization Requirements for Connecticut Day Care, Family Day Care and Group Day Care Homes

Vaccines	Under 2 months of age	By 3 months of age	By 5 months of age	By 7 months of age	By 16 months of age	16-18 months of age	By 19 months of age	2-3 years of age (24-35 mos.)	3-5 years of age (36-59 mos.)
DTP/DTaP/DT	None	1 dose	2 doses	3 doses	3 doses	3 doses	4 doses	4 doses	4 doses
Polio	None	1 dose	2 doses	2 doses	2 doses	2 doses	3 doses	3 doses	3 doses
MMR	None	None	None	None	1 dose after 1st birthday ¹	1 dose after 1st birthday ¹	1 dose after 1st birthday ¹	1 dose after 1st birthday ¹	1 dose after 1st birthday ¹
Hep B	None	1 dose	2 doses	2 doses	2 doses	2 doses	3 doses	3 doses	3 doses
HIB	None	1 dose	2 doses	2 or 3 doses depending on vaccine given ³	1 booster dose after 1st birthday ⁴	1 booster dose after 1st birthday ⁴	1 booster dose after 1st birthday ⁴	1 booster dose after 1st birthday ⁴	1 booster dose after 1st birthday ⁴
Varicella	None	None	None	None	None	None	1 dose after 1st birthday or prior history of disease ^{1,2}	1 dose after 1st birthday or prior history of disease ^{1,2}	1 dose after 1st birthday or prior history of disease ^{1,2}
Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV)	None	1 dose	2 doses	3 doses	1 dose after 1st birthday	1 dose after 1st birthday	1 dose after 1st birthday	1 dose after 1st birthday	1 dose after 1st birthday
Hepatitis A	None	None	None	None	1 dose after 1st birthday ⁵	1 dose after 1st birthday ⁵	1 dose after 1st birthday ⁵	2 doses given 6 months apart ⁵	2 doses given 6 months apart ⁵
Influenza	None	None	None	1 or 2 doses	1 or 2 doses ⁶	1 or 2 doses ⁶	1 or 2 doses ⁶	1 or 2 doses ⁶	1 or 2 doses ⁶

1. Laboratory confirmed immunity also acceptable
2. Physician diagnosis of disease
3. A complete primary series is 2 doses of PRP-OMP (PedvaxHIB) or 3 doses of HbOC (ActHib or Pentacel)
4. As a final booster dose if the child completed the primary series before age 12 months. Children who receive the first dose of Hib on or after 12 months of age and before 15 months of age are required to have 2 doses. Children who received the first dose of Hib vaccine on or after 15 months of age are required to have only one dose
5. Hepatitis A is required for all children born after January 1, 2009
6. Two doses in the same flu season are required for children who have not previously received an influenza vaccination, with a single dose required during subsequent seasons

Initial/Signature of health care provider MD / DO / APRN / PA

Date Signed

Printed/Stamped *Provider* Name and Phone Number

CONNECTICUT DENTAL HEALTH INFORMATION FORM
SCHOOL YEAR _____

Part 1: To be completed by parent/caregiver and returned to the child's school

CHILD INFORMATION

Name: _____ DOB: ___/___/_____
School: _____ Classroom/Grade: _____

I give consent for my child's dental health care provider and the school's health care provider to exchange information for confidential use in meeting my child's health and educational needs.

Signature of Parent/Guardian

Date

Part 2: To be completed by dental provider

PREVENTATIVE CARE: Recommended every six months or bi-annually

This child is up to date on a schedule of age and risk appropriate preventative dental care: YES NO

Most recent periodic exam by licensed dentist: ___/___/_____
Next scheduled recall appointment: ___/___/_____

DENTAL TREATMENT

This child has received previous dental treatment (beyond preventative care): YES NO

Please indicate previous treatment: sealants fillings/crowns extractions pulp therapy other: _____

This child has further unmet dental care needs: YES NO

Please indicate needs: sealants fillings/crowns extractions pulp therapy other: _____

Date of next treatment appointment: ___/___/_____

REFERRAL (if applicable)

This child needs a referral for care: YES NO

Date of referral: ___/___/_____

Referred to: _____

Appointment date (if known): ___/___/_____

Address: _____

Phone: _____

DENTAL PROVIDER INFORMATION

Name of Licensed Dental Provider: _____

Address: _____

Phone: _____

This is the child's dental home: YES NO

A dental home is a source of oral healthcare that is comprehensive and continuously accessible that includes treatment, referral and coordination with dental specialists when appropriate.

ADDITIONAL COMMENTS

Print Provider Name

Signature

Date

Provider's Stamp

If this child is not up to date on preventive care, he/she must be seen by a dental provider for care. If this child has outstanding dental needs and no scheduled treatment appointment, please make arrangements with a dental provider immediately.

CONNECTICUT DENTAL HEALTH INFORMATION FORM
SCHOOL YEAR _____