



ROCK-WALWORTH COMPREHENSIVE FAMILY SERVICES, INC.
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN HEAD START/EARLY HEAD ST
2019-2020



Bienvenidos a nuestro programa de Head Start/Early Head Start, gracias por interesarse en nuestros servicios. Somos un programa muy completo que provee un ambiente pre-escolar positivo y experiencias apropiadas al desarrollo para que sus niños estén listos para la escuela. Dentro de los servicios profesionales que se ofrecen se incluye los siguientes: desarrollo infantil, nutrición, médicos, dentales, salud mental y participación de los padres.

Las inscripciones se basan de acuerdo a la **necesidad** de cada individuo. No se dan lugares, simplemente se asignan conforme va llegando. La **información** que usted provee se guarda en absoluta **confidencia**.

Requerimos comprobantes de ingresos del año **2018** y una reunión con los padres para determinar su **elegibilidad**. Llenar toda la documentación que se entrega con la solicitud no garantiza que su niño será inscrito y obtendrá un lugar en el programa.

Aviso: Si usted recibe noticia que se le ha dado un lugar en el programa HS/EHS, es requisito que los niños tengan exámenes físicos y dental. (**Examen dental** solo para niños de 3 a 5 años). Podemos acceder/imprimir las vacunas de su niño si las vacunas fueron hechas en el estado de Wisconsin.

¡COMPLETE EL PAQUETE EN TINTA AZUL O NEGRA SOLAMENTE!

NO ESPERE PARA RECIBIR LOS REGISTROS DE SALUD ANTES DE ENVIAR LA APLICACIÓN.

Por favor, póngase en contacto con nosotros si tiene cambios de dirección/número de teléfono.

¡ Si no podemos comunicarnos con usted no podemos servirle a usted o a su niño!



Este programa tiene el compromiso de servir a personas de bajos recursos para determinar esto necesitamos prueba de ingresos del año 2018 completo.

Si recibe los siguientes ingresos necesitamos prueba de cuanto recibió mensualmente en 2018:

- ◆ Seguro Social (la pensión llamada SSI)
- ◆ Mensualidad de parte del gobierno (llamada TANF)
- ◆ Mensualidad de parte del gobierno por hijo de crianza (Se llama Foster Care o Kinship Care)

Si usted no recibe lo enlistado aquí arriba, necesitamos que envíe prueba de otras clases de ingresos que recibe su familia:

- 2018 Declaración de Impuestos (lo que se llama Income Tax Return)
- 2018 W2 documento que le envía el patrón del trabajo diciendo cuanto recibió durante el año
- Pensión de Mantenimiento de niño (carta de la agencia "Child Support" o copia de lo que recibe mensualmente o por todo el año)
- Compensación por desempleo (que se llama "Unemployment Benefit")
- SSDI estos ingresos los recibe de parte del Seguro Social una persona deshabilitada
- Cantidad que recibe como ayuda para cuidar a alguna persona/niño, esto se llama "Care Taker Supplement"
- Una nota de parte de su patrón diciendo cuánto gana, si es que se le paga dinero en efectivo.

***Si ninguna de esta clase de ingresos aplica a usted, por favor llame al Centro Administrativo**

Por favor permita hasta 30 días para procesar la solicitud. Las solicitudes incompletas no pueden ser consideradas

NO DEMORE... ENVIÉ HOY MISMO!
RWCFS HEAD START/EARLY HEAD START
1221 HENRY AVENUE, BELOIT, WI 5351

608/299-1500 o 1/800/774-7778 FAX: 608/299-1629 (envíe el formato original)
E-Mail: jkuchelmeister@cfsheadstart.org O nmarx@cfsheadstart.org





SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL AÑO 2019-2020 - CONFIDENCIAL

Rock/Walworth Head Start/Early Head Start - 1221 Henry Avenue, Beloit, WI 53511 - 608-299-1500 o 1-800-774-7778

*** ESTA SOLICITUD DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR LOS PADRES O TUTORES LEGALES SOLAMENTE ***

1	<p>NOMBRE DEL NIÑO: _____ <small>(Como aparece en su fecha de nacimiento) Primer Nombre Segundo Nombre Apellido</small></p> <p>FECHA DE NACIMIENTO: _____ <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>RAZA/GRUPO ETNICO DEL NIÑO (indique TODAS las que apliquen): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro -Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro: _____ Hispano/Latino?(S/N)</p> <p>IDIOMA PRIMARIO DEL NIÑO: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>IDIOMA SECUNDARIO DEL NIÑO: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>IDIOMA QUE USAN EN CASA: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>HABILIDAD DEL NIÑO PARA COMUNICARSE EN INGLES <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy buena <input type="checkbox"/> Nada</p>
2	<p>DOMICILIO: _____ <small>(Calle) (Aptó/Lot #) (Ciudad) (Código Postal) (Condado)</small></p> <p>DIRECCION POSTAL: (si es diferente al domicilio del hogar): _____ <small>(P. O. Box #) (Ciudad) (código postal) (Condado)</small></p>
3	<p>¿CON QUIEN VIVE EL NIÑO? (indique TODAS las que apliquen): <input type="checkbox"/> Padre y Madre/misma casa <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra/Madrastra <input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Familia de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra persona _____</p> <p>¿ESTA UNO DE LOS PADRES/TUTORES LEJOS DE CASA POR SERVICIO MILITAR? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿ESTA LA MAMA EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sabe Si la respuesta es sí, indique cuando dará a luz _____</p> <p>¿ESTA ESTABLECIDA LA PATERNIDAD? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
4	<p>PADRE/MADRE/TUTOR PRINCIPAL: (Nombre/Apellido) _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Familia de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra persona _____</p> <p>ESTADOCIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Viudo</p> <p>DOMICILIO, SI ES DIFERENTE A LA DEL NIÑO: _____</p> <p>NUMERO DE TELEFONO PRINCIPAL: _____ (C/C/T) ACEPTA MENSAJES DE TEXTO: (S/N)</p> <p>NUMERO SECUNDARIO: _____ (C/C/T) DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____</p> <p>RAZA/GRUPO ETNICO: _____ IDIOMA PRIMARIO: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>HABILIDAD DE COMUNICARSE EN INGLES <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy buena <input type="checkbox"/> Nada</p> <p>EDUCACION: ¿Termino la escuela primaria? (S/N) ¿Recibió el diploma de? <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> HSED/GED <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>HISTORIAL DE TRABAJO: ¿Trabajo en el 2018? (S/N) ¿A cambiado su situación financiera actualmente? (S/N)</p>
5	<p>PADRE/MADRE/TUTOR SECUNDARIO: (Nombre/Apellido) _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Familia de crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra persona _____</p> <p>ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Fallecido</p> <p>DOMICILIO, SI ES DIFERENTE A LA DEL NIÑO: _____</p> <p>NUMERO DE TELEFONO PRINCIPAL: _____ (C/C/T) ACEPTA MENSAJES DE TEXTO: (S/N)</p> <p>NUMERO SECUNDARIO: _____ (C/C/T) DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____</p> <p>RAZA/GRUPO ETNICO: _____ IDIOMA PRIMARIO: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>HABILIDAD DE COMUNICARSE EN INGLES <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy buena <input type="checkbox"/> Nada</p> <p>EDUCACION: ¿Termino la escuela primaria? (S/N) ¿Recibió el diploma de? <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> HSED/GED <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>HISTORIAL DE TRABAJO: ¿Trabajo en el 2018? (Si) (No) ¿A cambiado su situación financiera actualmente? (Si) (No)</p>

6	<p>¿CUAL ES SU SITUACION DE VIVIENDA ACTUAL? <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Vive con familiares o amigos/está estable</p> <p>¿ESTA SIN HOGAR o TRANSEÚNTES? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Esto significa que usted y su familia viven en un carro, parque, casa de campaña, hotel, refugio, o en casa de familiares o amigos temporalmente.)</p> <p>*SI ESTA SIN HOGAR, POR FAVOR INDIQUE EL QUE LE CORRESPONDA: <input type="checkbox"/> usted y su familia viven en un carro, parque, casa de campaña, edificios abandonados, lugares públicos, o en vivienda deficiente no adecuada.</p> <p><input type="checkbox"/> Motel <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Casa de Transición <input type="checkbox"/> viven con familiares/amigos (temporalmente)</p>
7	<p>TUTELA/PATRIA POTESTAD <input type="checkbox"/> Tutela específica de una persona <input type="checkbox"/> Tutela Compartida/ ambos padres</p> <p>Explique el arreglo legal _____</p> <p>(Si es 50/50 requerimos prueba de ingresos de los dos padres)</p> <p>¿Con quién vive el niño, tutela física? Explique _____</p> <p>POR FAVOR PROVEA TODOS LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES A LA CUSTODIA, PATERNIDAD Y HORARIOS DE VISITAS</p> <p>Los documentos legales deben incluir:</p> <p>1) Nombre de los padres <i>DEMANDANTE</i>: Quien inicio el proceso, <i>ACUSADO</i>: quien se defiende.</p> <p>2) Información de la Custodia legal y física. 3) Firma del Juez/Comisionado de Corte Judicial de Familia</p>
8	<p>PERSONAS QUE VIVAN CON USTED, (OTRAS QUE NO SEAN LOS PADRES O TUTORES) MAYORES DE 18 DE EDAD QUE SE PUEDAN CONTACTAR:</p> <p>(Por ejemplo: padrastros ,abuelos, novios, parejas)</p> <hr/> <p>(Primer Nombre) (Apellido) (Relación con el niño) (Teléfono) (Fecha de Nacimiento)</p>
9	<p>PERSONA (S) ADICIONAL(ES) EN CASO QUE NO NOS PODAMOS COMUNICAR CON USTED:</p> <p>1. _____</p> <p>(Primer Nombre) (Apellido) (Relación con el niño) (Teléfono)</p> <p>2. _____</p> <p>(Primer Nombre) (Apellido) (Relación con el niño) (Teléfono)</p>
10	<p>NOMBRE DE LOS HERMANOS QUE VIVEN EN LA CASA: *UTILIZE EL ESPACIO DE LA PARTE DE ATRÁS DE LA SOLICITUD SI ES NECESARIO*</p> <p>(Primer Nombre) (Apellido)</p> <p>1. _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>2. _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>3. _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Fecha de Nacimiento: _____</p>
11	<p>¿ESTA SU NIÑO ASISTIENDO A ALGUNO DE ESTOS PROGRAMAS? (indique TODAS las que apliquen):</p> <p><input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> 0-3 años <input type="checkbox"/> Servicios de Educación Especial</p> <p><input type="checkbox"/> Algún programa de visitas al hogar ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> Ninguno _____</p> <p>¿ESTUVO SU NIÑO EN LA LISTA DE ESPERA DE HS/EHS EL AÑO PASADO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es sí, indique el condado/estado: _____</p> <p>¿INSCRIBIRA A SU HIJO EN EL PROGRAMA DE 4K ESTE PRÓXIMO AÑO ESCOLAR? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
12	<p>¿TIENE SU HIJO UN PLAN DE SERVICIOS INDIVIDUAL DEL PROGRAMA DE 0-3 (IFSP) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No O UN PLAN DE SERVICIO DE EDUCACION DE LA ESCUELA PUBLICA (IEP)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿TIENE ALGUNA PREOCUPACION ACERCA DEL DESARROLLO DE SU NIÑO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (indique TODAS las que apliquen):</p> <p><input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/> del Habla <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Desarrollo Social (interacción en un grupo)</p> <p><input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Otro: (Por favor, explique) _____</p> <p>¿TIENE ALGUN PROBLEMA EN SU FAMILIA QUE LE PREOCUPA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (indique TODAS las que apliquen):</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de leer <input type="checkbox"/> Escribir <input type="checkbox"/> Padre/Madre tiene IEP <input type="checkbox"/> Problemas de transportación <input type="checkbox"/> Actualmente estudiando</p> <p><input type="checkbox"/> Problema de salud <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Desempleo/Insuficiente horas <input type="checkbox"/> Violencia</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de Alcohol o drogas <input type="checkbox"/> Problema legal <input type="checkbox"/> Padre(s) encarcelado <input type="checkbox"/> Los dos padres encarcelados <input type="checkbox"/> Otro problema/ preocupación _____</p>

13	<p>¿HA SIDO REFERIDO POR UN PROFESIONAL? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Marque TODAS las que corresponda):</p> <p><input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Centro de Trabajo: Rock/Walworth Co. <input type="checkbox"/> Consejero <input type="checkbox"/> Empleados de la Escuela Pública <input type="checkbox"/> Nacimiento-3</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Recursos Familiares <input type="checkbox"/> Programa de Salud de la Comunidad/WIC <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Early Head Start/Head Start</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios Humanos y de Salud <input type="checkbox"/> Conexiones de Padres Adolescentes <input type="checkbox"/> Refugio/Refugio de Violencia Domestica</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Si ninguno aplica ¿Cómo supo de nosotros? _____</p>
14	<p>¿ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA RECIBE LO SIGUIENTE? (Marque TODAS las que corresponda): <input type="checkbox"/> Desempleo</p> <p><input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos <input type="checkbox"/> Seguro Médico <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Asistencia Publica en efectivo/W2 <input type="checkbox"/> SSI Pensión del Seguro Social</p> <p><input type="checkbox"/> SSDI Pensión de Seguro Social por persona incapacitado <input type="checkbox"/> Beneficio de Sobreviviente <input type="checkbox"/> Vivienda Pública/Sección 8</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia con la Energía <input type="checkbox"/> Asistencia para la Guardería <input type="checkbox"/> Manutención de cualquier niño en el hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Otro Ingreso: _____ <input type="checkbox"/> Ninguna de las Anteriores</p>
15	<p>VERIFICACION DE LOS INGRESOS: El ingreso familiar es aquel que proveen los padres biológicos, adoptivos o tutores que viven en el mismo hogar.</p> <p style="text-align: center;">** TODAS LAS PRUEBAS DE LOS INGRESOS DEBE ENTREGARLA CON LA SOLICITUD **</p> <p>A) TIPO DE INGRESO:</p> <p>1) Ingresos del 2018 (Vea el ejemplo en la parte de atrás) o el W-2 2) Desempleo 3) Carta de su Empleador</p> <p>4) Pagos en efectivo 5) Manutención del niño del 2018 (los puede descargar de la página web childsupport.wisconsin.gov o llame al 800/991/5530)</p> <p style="text-align: center;">*Si ninguno aplica lea la parte B*</p> <p>B) OTROS INGRESOS:</p> <p>1) SSI estos ingresos los recibe de parte del Seguro Social 2) Asistencia Pública TANF 3) Pago por Cuidar un Pariente</p> <p>4) Pago por ser Padre de Crianza/Adopción</p> <p style="padding-left: 40px;">* Para los niños que reciben pagos por cuidado de parte de sus familiares, por favor envíen cuanto recibe el niño cada mes</p> <p style="padding-left: 40px;">*Contacte el Departamento de inscripción si no tiene ninguna de estas pruebas.*</p> <p style="text-align: center;">**POR FAVOR NO ENVIE DOCUMENTOS ORIGINALES **</p>
16	<p>POR FAVOR ENVIÉ LA INFORMACIÓN POR ESCRITO EN: <input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPAÑOL</p>
17	<p style="text-align: center;">**POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE LOS ESTATUTOS ANTES DE FIRMAR **</p> <p>Con el propósito de inscripción, comprendo que RWCFS Head Start-Early Head Start tendrán que coordinar con el distrito escolar local, el registro de vacunas del estado de WI y la guardería para proveer servicios de transporte, cupo en el salón de clases, inscripción para el pre -kínder o 4K, horario escolar y de las visitas al hogar.</p> <p>Con mi firma, verifico que soy el padre/ tutor legal del niño y que toda la información proveída es correcta y completada con el mayor de mi conocimiento. Además, entiendo que si otorgo información falsa mi familia no será elegible para posibles servicios en el futuro.</p> <p><u>FIRME Y COLOQUE LA FECHA:</u></p> <p>Firma de la Madre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____</p> <p style="text-align: center;">*RECUERDE... SI LA SOLICITUD ESTA INCOMPLETA SE LE RETRASARA EL PROCESO</p> <p style="text-align: center;"><u>LEA LA CARTA DE PRESENTACION PARA MAS DETALLES *</u></p>

Cláusula de No-discriminación: las Políticas de RWCFS HS&EHS no discriminan a nadie por su apariencia: raza, sexo, edad, color, nacionalidad, religión, o incapacidad en la provisión de servicios y empleo.

Revisado por EP 2/19

OFFICE USE ONLY:	
<input type="checkbox"/> 2 ND YR <input type="checkbox"/> Transition Application <input type="checkbox"/> Transportation Information Form (Blue) <input type="checkbox"/> Parent/Guardian Permission for Screenings/Testing <input type="checkbox"/> Health/Oral/Nutrition History/Screening <input type="checkbox"/> Income <input type="checkbox"/> Shots Interview Type: <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/> Phone Brought In/Collected <input type="checkbox"/> 4K App <input type="checkbox"/> Legal Papers <input type="checkbox"/> Other: _____	Pts.: _____ Age: _____ Data entered by (initials): _____

10. *ESPACIO ADICIONAL EN LA PARTE DE ATRÁS SI LO CONSIDERA NECESARIO

POR FAVOR ESCRIBA AQUÍ LOS NOMBRES DE LOS HERMANOS, SOLO LOS QUE VIVAN EN EL MISMO HOGAR ACTUALMENTE:

(Primer Nombre)

(Apellido)

4. _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

5. _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

6. _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

7. _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

8. _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

9. _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

EJEMPLO DEL FORMULARIO DE LOS TAXES DEL 2018



ROCK-WALWORTH COMPREHENSIVE FAMILY SERVICES, INC. - HEAD START Y EARLY HEAD START

1221 Henry Ave. Beloit, WI 53511 Teléfonos (608) 299-1500 y 1-800-774-7778 Fax (608) 299-1629

Encuesta de Salud, Salud Bucal y Estudio de Nutrición

Nombre de niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Salón _____

Nombre del médico: _____ Nombre de la clínica del médico: _____

Nombre del dentista: _____ Nombre de la clínica del dentista: _____

Seguro medico: (marque lo que corresponda) () Seguro Privado () Ninguno () Otro _____

() Badger Care/MA: Badger Care 10 números en la tarjeta del ID: _ _ _ _ _

Le avisamos que se harán planes individualizados para su niño en respuesta a situaciones de salud que usted describa acerca de su niño (por ejemplo, asma, alergias, los ataques) y que necesiten atención especial.

Llene este formulario (2 lados) por cada niño que participa en Head Start/Early HS.

1. ¿Cuándo empezó el cuidado prenatal de este niño? _____

2. ¿Tuvo problemas durante el embarazo o el parto? () Si () No Si los tuvo, explique por favor _____

3. ¿Cuál era la fecha esperada? _____ ¿Cuánto peso el niño al nacer? _____ libras _____ onzas. Cuanto midió _____

4. ¿Había problemas al dar a luz o al nacer? () Si () No Por favor, explique las respuestas "Si": _____

5. ¿A qué edad le salió el primer diente al niño? _____ ¿Ha visitado al dentista el niño? () Si () No

¿Necesita ayuda para encontrar dentista? () Si () No ¿Toma el niño agua con fluoruro? () Si () No

¿Usa el niño biberón o vasito con popote a otras horas que no son la hora de comer un alimento? () Si () No

¿Cuántas veces cepilla los dientes el niño al día? (Marque lo que corresponda) 0 1 2 3 más de 3

¿Alguien le ayuda al niño a cepillarse los dientes? () Si () No

¿Tiene caries dentales el niño? () Si () No ¿El niño se queja de dolores de la boca? () Si () No

6. ¿Fuma alguien en casa donde vive el niño? () Si () No

Si su respuesta es sí, quiere información (para la persona que fuma) de cómo dejar de fumar? () Si () No

7. ¿Ha tenido el niño alguna cirugía o ha sido hospitalizado? () Si () No

Por favor, explique las respuestas "Si": ¿Porque o que fue? _____ Cuando _____

8. Tiene o ha tenido el niño: (marque todo lo que corresponda)	Historia del niño:		Actualmente:	
Problemas del corazón	() Si	() No	() Si	() No
Asma	() Si	() No	() Si	() No
Incapacidades (físicas, de los sentidos, cognición o de razonamiento)	() Si	() No	() Si	() No
Diabetes	() Si	() No	() Si	() No
MARSA	() Si	() No	() Si	() No
Ataques/convulsiones	() Si	() No	() Si	() No
Anemia de células falciforme	() Si	() No	() Si	() No
Nivel alto del plomo/el envenenamiento de plomo en la sangre?	() Si	() No	() Si	() No
Alguna otra _____	() Si	() No	() Si	() No

Por favor, explique las respuestas "Si" _____

9. ¿Está el niño/a tomando alguna/s medicina/s a diario? () Si () No

Por favor, explica las respuestas "Si": _____

10. ¿Prevé que se administrará medicación al niño en Head Start/Early Head Start? () Si () No

Si se le administra alguna medicina a su niño necesitamos tener un formato firmado por el Doctor y por el Padre/Tutor antes de que se le pueda dar medicina a cualquier niño.

11. ¿Tiene el niño algunos problemas de visión/de los ojos? () Si () No ¿Necesita anteojos/gafas? () Si () No

12. ¿Tiene el niño problemas del oído? () Si () No ¿Tiene tubos en los oídos? () Si () No

¿Tiene el niño alergias? (comida, medicinas, el ambiente, el látex, etc.) () Si () No

Si contesta si, por favor, describa las alergias: _____

Por favor, describa las reacciones a las alergias: _____

TIENE SU NIÑO ALGUNA RESTRICCIÓN DIETÉTICA? SI () NO () SI SU RESPUESTA ES 'SI' POR FAVOR EXPLIQUE _____

Preguntas Referentes a Niños Menores de 12 Meses

Tipo de leche que toma (leche de pecho o fórmula de marca) _____
 Cantidad de leche de pecho o de fórmula en cada alimento _____
 ¿Qué tan seguido toma leche de pecho o la fórmula (cada cuántas horas)? _____
 ¿Qué comidas se han introducido en la alimentación del niño (cereal, comida de bebé, etc.)? _____
 ¿Toma jugos él bebe? () Si () No ¿Cuánto toma, que tan seguido y de qué tipo? _____

Preguntas Referentes a Niños Mayores de 12 Meses

1. El niño hace lo siguiente:

Come comida sólida Si () No () Comentarios: _____
 Toma líquidos en vaso Si () No () Comentarios: _____
 Come por sí solo Si () No () Comentarios: _____
 Toma biberón Si () No () Comentarios: _____
 Come o mastica cosas que no son comida Si () No () Comentarios: _____
 Tiene problemas para pasar comida o líquido Si () No () Comentarios: _____

2. ¿Cuántas porciones come el niño de los siguientes grupos de comida al día?

Grupos de Alimentos	No	Si
El grupo del queso, leche y yogur		
El grupo de las verduras		
El grupo de la fruta		
El grupo de carne, pescado, frijoles secos, huevos y nueces		
El grupo del pan, cereal, arroz y pastas		
El grupo de los grasas, aceites y dulces		
Agua		
¿Cuál es el alimento más favorito de su niño?		

3. ¿Cuándo como más el niño? __ El desayuno __ El almuerzo __ La cena __ Cuando come botana __ Come la misma cantidad

4. ¿Cree tener algún problema con los hábitos de comer de su niño? () Si () No (marque abajo lo que corresponda)
No come lo suficiente come demasiado el tipo de comida que come cómo come cambio del apetito recientemente

5. ¿Le preocupa el peso de su niño? () Si () No

6. ¿Cómo se siente su niño cuando come? Disfruta _____ No le interesa _____ Necesita que lo animen a comer _____

7. ¿Tiene alguno de estos problemas su niño, cada semana o más seguido?

Vómitos _____ Diarrea _____ Estreñimiento _____ Agruras _____ Anemia _____

8. ¿Esta su niño activo físicamente 60 minutos o más? Diariamente () 2 o 3 Veces por semana () Raramente ()

9. ¿Está interesado en aprender más para mejorar la nutrición de su familia?

() Si () No

¿Prefiere materiales escritos? () Si () No ¿Prefiere consultar con Especialista? () Si () No

10. Está recibiendo servicios del programa de nutrición WIC? () Si () No

**En dado caso de que no reciba servicios de este programa, ¿nos da permiso de compartir su nombre, dirección y número de teléfono con este programa? Si () No ()

Firma de padre/tutor _____ Fecha _____



Rock -Walworth Comprehensive Family Services, Inc.
 Head Start and Early Head Start –Sirviendo los Condados de Rock & Walworth
Permiso del Padre/Tutor Para Proveer las Exámenes y/o Estudios Beneficiosos

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre/Tutor que autoriza liberar la Información: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Para cumplir con requisitos federales y las normas de funcionamiento, si el tiempo y el presupuesto lo permite, durante el año proveemos un programa de salud y bienestar físico, bucal/oral, social, y emocional.

El Programa RWCFS se esfuerza en proveer los siguientes servicios a cada uno de los niños inscritos. Si usted desea que su niño participe en este programa y reciba uno o todos los servicios *por favor firme y feche aquí abajo que autorizando:*

En esta lista de servicios, por favor marque el ‘SI’ o ‘NO’ si quiere o no que su niño participe en ese servicio:

	SI	NO
1. Revisiones de audición y visión que proveen enfermeras del Departamento de Salud o empleados capacitados de RWCFS.		
2. Obtenemos los resultados de pruebas o información del nivel de plomo y hemoglobina en la sangre por el programa WIC o del Registro Público de Wisconsin (Nosotros RWCFS, le enviaremos un permiso por separado si acaso se necesita hacer una prueba del nivel de plomo o hemoglobina).		
3. Observaciones y/o exámenes sociales/emocionales o sensoria hechos por un Profesional (Salud Mental/Asesor) quien principalmente provee observaciones del comportamiento del niño de quien la maestra o empleado ha expresado dudas o preguntas, para así dar recomendaciones y tipos de apoyo que ayuden a ser más efectivo el trabajo con el niño		
4. Evaluaciones de Desarrollo		
5. Examen de presión arterial que provee un profesional médico o empleado de RWCFS capacitado		

Por favor provea el número del seguro medico de su niño (si usted tiene Badger Care). Esta información es necesaria para que los profesionistas mencionados puedan enviar la cuenta de su seguro (MA) y así podamos continuar estos servicios de salud y bienestar para los niños. Le aseguramos que esta información SOLAMENTE se compartirá con estos Profesionistas.

Si su niño tiene seguro dental privado y usted desea que reciba el examen dental y el barniz de fluoruro, por favor incluya una copia de la información de su seguro dental privado.

NUMERO DE LA TARJETA ‘BADGER’ DE MI NIÑO: _____.

Este permiso es válido para el año escolar en curso (así como lo dice mi firma aquí abajo) de Septiembre 1 a Agosto 31, o un año a partir de la fecha de esta, a menos que diga algo diferente: _____.

Esta información es confidencial y será usada para apoyo de las necesidades y metas únicas del niño aquí mencionado.

Yo libero a Rock-Walworth Head Start/Early Head Start y su personal, agencias y sus empleados fuera de esta, de responsabilidad legal por haber desempeñado servicios en colaboración con profesionistas contratados a quien les he dado permiso al firmar esta por el periodo mencionado. Este permiso puede ser cancelado, por escrito, en cualquier momento por la persona que firma, exceptuando los servicios ya proveídos con autorización vigente. Una cancelación es vigente después de recibirla por escrito a RWCFS Head Start/Early Head Start.

Firma del Padre o Tutor: _____ **Fecha:** _____