



Instrucciones para la Solicitud de Elegibilidad

Gracias por su interés in Head Start. **Favor de leer detenidamente las siguientes instrucciones y completar la solicitud adjunta.** Por favor traiga la solicitud completa a uno de nuestros días de admisión de solicitud.

Favor de llenar la solicitud con tinta negra o azul, no lápiz o corrector.

Head Start es un programa preescolar integral para las familias que califican por medio de ingreso y para las familias con niños con necesidades especiales.

Requisitos de Elegibilidad

- El niño debe tener entre 3 y 4 años de edad antes de ó el 1ro. de Septiembre.
- Se le da prioridad a las familias que están dentro de los lineamientos federales de pobreza y niños con discapacidades.
- El requisito de ingreso puede ser omitido si:
 - El niño ha sido diagnosticado con una incapacidad. Necesita presentar la documentación perteneciente a la incapacidad (ej. IEP).
 - El niño y la familia se encuentran en circunstancias de alto riesgo o quienes caen dentro de la definición 'sin hogar.'

2016 Lineamientos Federales de Pobreza	
# de personas	Ingresos
1	11,880
2	16,020
3	20,160
4	24,300
5	28,440
6	32,580
7	36,730
8	40,890
9	45,050
10	49,210
11	53,370
12	57,530
Por persona adicional agregue 4,160 dólares	

La información que usted proporcione es voluntaria y confidencial.

Pare servirle mejor, se pide a todos los solicitantes que traigan la aplicación a unos de los días de admisión de solicitud para que un miembro del personal de Head Start pueda reunirse con usted y revisar su solicitud.

Para obtener las fechas, horas y lugar de aplicación, favor de llamar al número que está escrito a continuación o visite nuestra página web.

Si alguno de los documentos que se encuentra a continuación no se proporciona con su solicitud, la solicitud se considerará incompleta y su niño/a no será considerado para la colocación de salones:

- ✓ **Documentación de nacimiento del niño:**
 - Certificado de nacimiento, o uno de los siguientes: Acta de bautizo, Acta de bendición, tarjeta de Medicaid del niño solo si contiene la fecha de nacimiento, Carta oficial de Foster Care, Certificado del hospital, I-94, pasaporte
- ✓ **Cartilla de vacunación del niño**
- ✓ **Comprobante de ingresos de los últimos 12 meses: (Traer todos los que corresponda)**
 - Forma de impuestos 1040- año anterior (preferido)
 - Forma de impuestos W-2- año anterior
 - Talones de cheques de los últimos 12 meses
 - Carta del Empleador
 - Carta de TANF
 - Carta de SSI/SSA/SSD
 - Apoyo Infantil (Child Support)
 - Desempleo
 - Carta de colocación de cuidado de crianza (Foster Care)
 - Becas(Federales, escolares, pos-graduado), Ayudantías
- ✓ **Documentación de nacimiento del niño:**
 - *Copia de la factura más reciente de luz o gas, contrato de alquiler o recibo de la hipoteca En el nombre del padre o tutor del niño que muestra la dirección.*

Favor de traer:

- Una copia del examen físico y dental de su niño/a más reciente. (Realizados en los últimos 12 meses)
- Tarjeta de Medicaid, Información de su Clínica Médica Familiar y Dentista.

Opciones de clases:

- Medio día (mañana o tarde) Lunes a Jueves
- Tiempo completo – lunes a viernes o lunes a jueves. Este es un servicio a bajo costo (las familias no pagan por la porción de Head Start, la cual es 3 ½, las familia pagan por la porción de servicios que no cubre Head Start)

Para mayor información llame al 801-972-2337 o visite nuestra página de internet www.saltlakeheadstart.org

Preguntas Frecuentes

1. Si lleno una aplicación, ¿eso garantiza que mi niño tenga un lugar en el programa?

Head Start/ Early Head Start no es un programa en que el primero que llena la aplicación es el primero que es aceptado, pero en cuanto más temprano llene la aplicación y traiga toda la documentación requerida mejor. Una vez que el proceso de aplicación este completo, la aplicación es puesta en un grupo de selecciones. Esto quiere decir que todas las aplicaciones son consideradas cada vez que una selección es realizada. Los niños son aceptados en el programa de Head Start de acuerdo a un proceso de prioridades. Los niños que caen bajo las pautas Federales de ingresos, con discapacidades y con mayor necesidad recibirán servicios primero.

2. ¿Cuándo sabré si mi niño fue admitido al programa?

Las aplicaciones serán tramitadas lo más pronto posible. Si usted entregó su aplicación entre Marzo y Agosto y su niño fue aceptado, usted recibirá una carta o un correo electrónico (email.) El proceso de selección continuara a lo largo de los meses del verano hasta que hayamos seleccionado suficientes niños para iniciar el nuevo año escolar. Después de que empiece la escuela, se seleccionara a los niños conforme el programa tenga vacantes abiertas.

3. Cuando voy a saber en que Clase le toco a mi niño?

Una vez que su niño ha sido aceptado, su aceptación es final. Para finalizar la colocación en la clase, usted tendrá que entregar el examen físico y dental mas reciente (en los últimos 12 meses) de su niño.

4. ¿Por qué seguimos tomando aplicaciones si los salones ya están llenos?

Cuando un niño abandona el programa, nosotros usamos el proceso de selección para llenar el lugar que está disponible. Algunos niños no son seleccionados al principio del año escolar, pero pueden ser seleccionados durante el año escolar cuando un lugar este disponible.

5. ¿Que pasa si me cambio de casa después de haber llenado mi solicitud?

Si ha cambiado de domicilio, numero telefónico o tiene un nuevo correo electrónico (email), avísenos inmediatamente. Esto puede afectar ser seleccionado al programa. Necesitamos comunicarnos con usted si su niño es seleccionado para ser colocado en el salón de clase. Usted puede llamar al Equipo de ERSEA al (801)743-6450 o mandar un correo electrónico (email) a ERSEAteam@slcap.org, para actualizar su información.

6. ¿Que día comienzan las clases para mi hijo?

Después de recibir una notificación de aceptación, a continuación, recibirá una cita para una reunión para finalizar el lugar en el salón de clase. En esta reunión usted recibirá la fecha de incitación en el programa.

7. ¿Head Start provee transportación?

Nosotros no proveemos transportación para los estudiantes; pero, proveemos información de transportación de la comunidad disponibles como apoyo para usted. Favor de considerar sus opciones dentro sus posibilidades: su auto, transportación pública, amigos, familiares y proveedores de cuidado infantil.

8. ¿Puedo llamar para preguntar información acerca de mi aplicación?

Usted puede contactarnos en cualquier momento para solicitar informes sobre su aplicación. Si desea una respuesta en las próximas 24 horas, favor de mandarnos un correo electrónico (email) a ERSEAteam@slcap.org. De otra manera, nos puede llamar al 801-743-6450 y le regresaros la llamada.

9. ¿Dónde puedo encontrar más información acerca de Head Start?

www.saltlakeheadstart.org



Solicitud de elegibilidad

Por favor llene la aplicación en su totalidad. Toda la información se mantendrá confidencial.

Información del solicitante y miembros de la familia

Solicitante (Niño)						
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido(s)	Sufijo	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Sexo (M/F)	SSN # (últimos 4 dígitos)
Raza (marque solo una)		Hispano	Dominio del Inglés	Idioma adicional	Dominio del idioma adicional	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguno	_____	<input type="checkbox"/> Poco	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poco		<input type="checkbox"/> Moderado	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Fluido	
			<input type="checkbox"/> Fluido		<input type="checkbox"/> No aplica	

¿Cómo se enteró de Head Start?	
<input type="checkbox"/> Familiares, amigos, boca a boca	<input type="checkbox"/> Agencia comunitaria (nombre): _____
<input type="checkbox"/> Correo electrónico o folleto en mi casa	<input type="checkbox"/> Feria o evento (nombre/dónde): _____
<input type="checkbox"/> Folleto o cartel (¿dónde): _____	<input type="checkbox"/> Facebook u otro medio social
<input type="checkbox"/> Cartelera	<input type="checkbox"/> Volante electrónico (Peachjar)
<input type="checkbox"/> Sitio de internet de SLCAP Head Start	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Padre/Madre primario						
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido(s)	Sufijo	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Sexo (M/F)	SSN # (últimos 4 dígitos)
Dominio del Inglés	Idioma adicional	Dominio del idioma adicional	Nivel más alto de educación completado			
<input type="checkbox"/> Ninguno	_____	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Menos de preparatoria (0-8)	<input type="checkbox"/> Título Asociado		
<input type="checkbox"/> Poco		<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Algo de preparatoria (9-12)	<input type="checkbox"/> Universidad con Título		
<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Fluido	<input type="checkbox"/> Preparatoria (con diploma/GED)	<input type="checkbox"/> Título de Maestría		
<input type="checkbox"/> Fluido		<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Algo de universidad (sin título)	<input type="checkbox"/> Título de Doctorado		
			<input type="checkbox"/> Certificación de comercio/negocio			
Situación laboral	Situación estudiantil	¿Recibe usted?	Relación con el niño	Custodia	Marque todos los que apliquen:	
<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Becas federales/escolares (Grants/Scholarships)	<input type="checkbox"/> Hijo de nacimiento/adoptado/hijastro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con el solicitante (Niño)	
<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Becas de Pos-Graduado (Fellowships)	<input type="checkbox"/> Nieto/nieta	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee apoyo financiero	
<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Ayudantías (Assistantships)	<input type="checkbox"/> Sobrina/Sobrino		<input type="checkbox"/> Refugiado	
<input type="checkbox"/> Ama de casa		<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Hijo adoptivo temporal (Foster)		<input type="checkbox"/> Veterano	
<input type="checkbox"/> Desempleado # de meses _____			<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Servicio activo (militar)	
<input type="checkbox"/> Retirado o Desabilitado					<input type="checkbox"/> En zona de combate (militar)	
					<input type="checkbox"/> Actualmente embarazada	
					Fecha probable de parto: _____	
					<input type="checkbox"/> No aplica	
Número Telefónico			Tipo (marque uno)			
			<input type="checkbox"/> Celular *	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro
			<input type="checkbox"/> Celular *	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro
*Head Start puede enviarme mensajes de texto.			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplica	
Correo electrónico: _____						

Padre/Madre Secundario

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido(s)	Sufijo	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Sexo (M/F)	SSN # (últimos 4 dígitos)		
Dominio del Inglés	Idioma adicional	Dominio del idioma adicional	Nivel más alto de educación completado					
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido	<hr style="width: 100%;"/> <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Menos de preparatoria (0-8) <input type="checkbox"/> Algo de preparatoria (9-12) <input type="checkbox"/> Preparatoria (con diploma/GED) <input type="checkbox"/> Algo de universidad (sin título) <input type="checkbox"/> Certificación de comercio/negocio				<input type="checkbox"/> Título Asociado <input type="checkbox"/> Universidad con Título <input type="checkbox"/> Título de Maestría <input type="checkbox"/> Título de Doctorado	
Situación laboral	Situación estudiantil	¿Recibe usted?	Relación con el niño	Custodia	Marque todos los que apliquen:			
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Desempleado # de meses _____ <input type="checkbox"/> Retirado o Desabilitado	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Becas federales/escolares (Grants/Scholarships) <input type="checkbox"/> Becas de Pos-Graduado (Fellowships) <input type="checkbox"/> Ayudantías (Assistantships) <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Hijo de nacimiento/adoptado/hijastro <input type="checkbox"/> Nieto/nieta <input type="checkbox"/> Sobrina/Sobrino <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo temporal (Foster) Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vive con el solicitante (Niño) <input type="checkbox"/> Provee apoyo financiero <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Servicio activo (militar) <input type="checkbox"/> En zona de combate (militar) <input type="checkbox"/> Actualmente embarazada Fecha probable de parto: _____ <input type="checkbox"/> No aplica			
Número Telefónico			Tipo (marque uno)					
			<input type="checkbox"/> Celular * <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					
			<input type="checkbox"/> Celular * <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro					
*Head Start puede enviarme mensajes de texto. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> No aplica					
Correo electrónico: _____								

Otros niños en la familia (no incluya el nombre del solicitante) No aplica

*Escriba el nombre de los niños en el hogar entre 0-3 años de edad

Nombre, Segundo Nombre, Apellido (s)	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Sexo (M/F)

Contactos alternos (Alguien que no viva en el hogar)

(Su niño no se entregará a las personas que usted elija como contactos alternos a menos que sus nombres aparezcan en la tarjeta de emergencia una vez que su niño esté matriculado en clase)

Nombre. Segundo Nombre, Apellido (s)	Número Telefónico	Tipo (marque uno)
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro

Información de la familia

Dirección familiar			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal familiar <input type="checkbox"/> Marque la casilla si la dirección postal es la misma			
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

Situación de la vivienda				
Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Ninguno aplica (marque solo uno):				
<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Casa móvil prefabricada	<input type="checkbox"/> Trailer	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<p>1. ¿Vive en un hogar combinado con otros familiares o personas?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <p>Si marco Sí, ¿es debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <p>2. ¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos 12 meses? _____</p>	<p>3. ¿Vive usted en uno de los siguientes?</p> <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Refugio comunitario <input type="checkbox"/> Refugio de violencia doméstica <input type="checkbox"/> Casa de tratamiento de abuso de sustancia <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Espacio público (parque/calle/edificio abandonado) <input type="checkbox"/> No aplica (no conteste las preguntas 3a. and 3b.) <p>3a. Ha vivido en alguno de los anteriores por:</p> <input type="checkbox"/> Menos de 12 meses en los pasados 3 años (no conteste la pregunta 3b.) <input type="checkbox"/> 12 meses o más en los pasados 3 años	<p>3b. Si ha vivido en alguno de los anteriores por más de 12 meses en los pasados 3 años, ¿ha sido el padre/tutor principal diagnosticado con algunas de las siguientes condiciones?</p> <input type="checkbox"/> Trastorno por abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Trastorno por estrés posttraumático <input type="checkbox"/> Deterioros cognitivos resultantes de una lesión cerebral <input type="checkbox"/> Enfermedad física crónica o discapacidad <input type="checkbox"/> Ninguno aplica		

Tipo de familia: (marque todos los que apliquen)		Idioma primario en el hogar	Referido por el Child Welfare Agency (DCFS)	Recibe bonos de comida (SNAP/Food Stamps)	Recibe WIC
<input type="checkbox"/> Dos padres <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Conviviendo en unión libre <input type="checkbox"/> Padres divorciados/separados	<input type="checkbox"/> Familia mezclada <input type="checkbox"/> Familia temporal (Foster) <input type="checkbox"/> El niño vive con otros parientes <input type="checkbox"/> Otro: _____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de servicios que la familia está recibiendo actualmente (marque todos los que aplican): <input type="checkbox"/> No recibo servicios					
<input type="checkbox"/> Apoyo del niño (child support)/pensión alimenticia (alimony) <input type="checkbox"/> Beneficio de desempleo <input type="checkbox"/> Medicaid/Medicare <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> TANF/FEP (asistencia del gobierno) <input type="checkbox"/> Vivienda pública	<input type="checkbox"/> Programa de ayuda para el pago de energía (HEAT) <input type="checkbox"/> Subsidio de adopción/familia temporal (Foster Care) <input type="checkbox"/> Asistencia de Kinship <input type="checkbox"/> Subsidio de Adopción <input type="checkbox"/> SSI (Ingresos suplementarios del seguro) <input type="checkbox"/> SSA/SSDI/SS	<input type="checkbox"/> Asistencia para el cuidado del niño (child care) <input type="checkbox"/> Asistencia a los refugiados <input type="checkbox"/> El solicitante (niño) recibe servicios de necesidades especiales o discapacidad <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____			
Circunstancias familiares dentro del círculo familiar inmediato (marque todos los que aplican): <input type="checkbox"/> Ninguno aplica					
<input type="checkbox"/> Miembro de la familia con necesidad especial/discapacitado <input type="checkbox"/> Miembro de la familia con problema médico <input type="checkbox"/> Miembro de la familia con problema de salud mental <input type="checkbox"/> Pérdida de un miembro de su familia por separación <input type="checkbox"/> Pérdida de un miembro de su familia por divorcio <input type="checkbox"/> Pérdida de un miembro de su familia por muerte <input type="checkbox"/> Embarazo actual en alto riesgo <input type="checkbox"/> Intervención temprana	<input type="checkbox"/> Hijo mayor nació cuando el padre o madre era menor de 18 años de edad <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias/tratamiento <input type="checkbox"/> Miembro de la familia encarcelado <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Abuso/descuido <input type="checkbox"/> Trabajando con child protective services <input type="checkbox"/> Orden de restricción				

Información de las necesidades especiales

Preocupaciones de necesidades especiales

¿Tiene preocupaciones de su niño? Sí No

Si contestó sí, indique en qué área y el día que fue diagnosticado por un profesional si es aplicable

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Deterioro del habla/lenguaje (en el idioma principal) _____ | <input type="checkbox"/> Trauma cerebral grave _____ |
| <input type="checkbox"/> Desórdenes emocionales/de comportamiento _____ | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza/conmoción cerebral _____ |
| <input type="checkbox"/> Habilidad de aprendizaje académico _____ | <input type="checkbox"/> Deterioro de la vista (incluyendo ceguera) _____ |
| <input type="checkbox"/> Deterioro físico _____ | <input type="checkbox"/> Deterioro de la audición (incluyendo sordera) _____ |
| <input type="checkbox"/> Deterioro de la salud _____ | <input type="checkbox"/> Otro (por favor, explique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Autismo _____ | |

Por favor, explique sus preocupaciones: _____

Servicios de educación especial/intervención temprana

¿Ha recibido su niño educación especial o intervención temprana?

Sí No

¿Tiene usted documentación de la educación especial?

Sí No No aplica

¿Tiene su niño un Plan Individualizado de Educación (IEP)?

Sí No

Si contestó sí, favor de indicar donde recibió el servicio:

¿Tiene su niño un Plan Individualizado de Servicios a la Familia (IFSP)?

Sí No

Si contestó sí, favor de indicar donde recibió el servicio:

Escriba cualquier información adicional que sienta que debemos saber: _____

¿Hay algún especialista, clínica o distrito escolar trabajando con su niño? (por ejemplo: The Children's Center, Primary Children's Medical Center, etc.):

Sí No

Nombre del especialista/clínica/distrito escolar: _____

Localidad y dirección: _____

Entiendo que esta es una solicitud de servicios que se pagan con fondos del gobierno federal y que el proveer intencionalmente información engañosa, inexacta o falsa puede resultar en que mi hijo sea terminado del programa Head Start/Early Head Start.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta): _____

Información Médica y Nutrición

Por favor llene la aplicación completamente. Toda la información será mantenida confidencial.

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

1. ¿Toma su niño medicamentos regularmente? Sí No

Si contestó sí, ¿cuáles? _____

¿Su niño necesita tomar los medicamentos durante las horas de escuela? Sí No

2. ¿Tiene su niño algún tipo de alergia o sensibilidad a medicamentos, comidas, insectos, etc.?

Sí No Si contestó sí, por favor explicar: _____

3. ¿Hay alimentos que su niño no come por razones de cultura, medicas, religiosas, ética o preferencia personal?

Sí No Si contestó sí, por favor explicar: _____

4. ¿Está su niño en una dieta especial por razones medicas? Sí No

Si contestó sí, por favor explicar: _____

5. ¿Su niño puede utilizar el baño por si mismo? Sí No

Si no, ¿qué tamaño de pañales utiliza su hijo (Head Start proveerá) tamaño: _____

6. ¿Toma su niño un biberón o vaso entrenador? Sí No Si contestó sí, ¿cuál? _____

7. ¿Come o muerde su niño cosas que no son comida? Sí No

Si contestó sí, por favor explicar: _____

8. ¿Tiene su niño problemas masticando o tragando? Sí No

9. ¿Ha ido su niño al dentista? Sí No

10. ¿ Su niño tiene actualmente dientes con caries? Sí No

11. ¿Participa su niño regularmente en actividades físicas? Sí No

12. ¿Existe alguna razón para limitar la actividad física de su niño? Sí No

Si contestó sí, por favor explicar: _____

13. ¿Su niño ha tenido alguno de los siguiente problemas de salud y/o condiciones medicas agudas o crónicas?
(marque todos los que aplican)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Infecciones del oído frecuentes/tubos | <input type="checkbox"/> Falta de apetito |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolores de garganta frecuentes | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Ataques/epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista/lentes | <input type="checkbox"/> Otro (explique): |
| <input type="checkbox"/> Deformidades de los huesos/músculos | <input type="checkbox"/> Sangra/le salen moretones con frecuencia | <input type="checkbox"/> Ninguno aplica |

14. ¿Hay información adicional de salud o instrucciones especiales que necesitamos saber?

Sí No Si contestó sí, por favor explicar: _____

Información General del Pediatra y Dentista

15. ¿Tiene seguro médico para su niño? Sí No

Si contestó sí, ¿qué tipo? Medicaid CHIP Privado

Si tiene Medicaid, ¿cuál es su número de identificación? Medicaid ID: _____

16. ¿Tiene su niño un doctor, una clínica o un centro de salud? Sí No

Nombre del doctor/clínica: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

17. ¿Tiene seguro dental para su niño? Sí No

Si contestó sí, ¿qué tipo? Medicaid CHIP Privado

18. ¿Tiene su niño un dentista, una clínica o un centro de salud? Sí No

Nombre del dentista/clínica: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Evaluación de Riesgos al Plomo

1. ¿En los últimos 12 meses, ha vivido en una casa o apartamento construido antes de 1950?

Sí No

2. ¿Su hijo pasa tiempo regularmente en una casa o un edificio que fue construido antes de 1950?

Sí No

3. ¿Su niño vive en una casa/edificio construida antes de 1978 con la pintura descascarada o picada, o que esta siendo o a ha sido remodelada en los últimos 12 meses?

Sí No

4. ¿Hay alguien en su hogar que tiene una afición o trabajo que puede implicar el plomo? Por ejemplo: pesca (plomos), tiro de fuego, cerámica, la fabricación de ventanas de vidrios de colores, construcción, pintura, mecánica/reparación de automóviles, trabajando con radiadores y/o baterías, etc.

Sí No

Solo para Estudiantes de Segundo Año: N/A

Si ha contestado afirmativamente a alguna de estas preguntas, su niño se considera en riesgo de exposición al plomo y se le administrará la prueba del nivel del plomo una vez aceptado en el programa.

7. ¿Se ha movido de casa en los últimos 12 meses?

Sí No

8. Si contesto sí, ¿fue su nueva residencia construida antes de 1950?

Sí No N/A

Cuestionario sobre el Tuberculosis

Este cuestionario se refiere a cualquier persona que vive en la casa donde reside el niño/a

1. ¿Alguno de los que vive en el hogar ha salido del país en los últimos 3 meses? Sí No
2. ¿Alguno de los que vive en el hogar ha tenido una prueba positiva de Tuberculosis? Sí No (Si no, pase la pregunta)

Si contesto si, ¿Tuvo rayos X? Sí No

Si contestó sí, ¿Cuáles fueron los resultados? Positivo Negativo

Si fue positivo ¿Le recetaron medicamento? Sí No

¿El tratamiento se llevo a cabo completamente? Sí No Aun en tratamiento

3. ¿Usted o alguien que vive en el hogar tiene, actualmente, algún de los siguientes síntomas que no pueda explicar?

- **Inexplicable** fatiga (cansancio) por más de 3 semanas Sí No
- **Inexplicable** pérdida de peso Sí No
- **Inexplicable** fiebre (normalmente en la noche) Sí No
- **Inexplicable** sudores nocturnos (empapando) Sí No
- **Inexplicable** Tos por más de 3 semanas (no relacionada con una enfermedad de los pulmones ni de una infección en las vías respiratorias) Sí No
- Hemoptisis (tos con sangre) Sí No
- ¿En los último 12 meses ha estado expuesto a cualquier persona con tuberculosis? Sí No

Si contesto si a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor explique: _____

To be completed a member of the Health and Family Partnership team (Heath Specialist, FA/SS):

Reviewed by: _____ Date: _____

Action taken (if necessary): _____

Permisos y Autorización

Autorizo los siguientes exámenes en case de que se efectúen en Head Start o Early Head Start:
Por favor, marque con una X

Visión	Sí _____	No _____
Audición	Sí _____	No _____
Estatura y peso	Sí _____	No _____
Hematocrito/hemoglobina	Sí _____	No _____
Un examen de plomo	Sí _____	No _____
Presión arterial	Sí _____	No _____
Un examen dental (con aplicación del fluoruro)	Sí _____	No _____
Un examen de salud	Sí _____	No _____
Un chequeo de desarrollo y del habla	Sí _____	No _____
Salud Mental	Sí _____	No _____
Mi niño puede ir a excursiones caminando con su clase.	Sí _____	No _____
Se puede usar una foto/video de mi niño en su salón de clase.	Sí _____	No _____
Se puede usar una foto/video de mi niño en el periódico, folletos, televisión, internet, pagina web (con fines promocionales)	Sí _____	No _____
Se puede proveer la historia de salud de mi niño a las escuelas y/o el programa de WIC.	Sí _____	No _____
Head Start puede compartir información de contacto de mi niño Para asignación del jardín de niños (kindergarten).	Sí _____	No _____
Head Start puede compartir evaluaciones y/o registros educativos de mi niño, según sea necesario, con el distrito escolar o programa de intervención temprana.	Sí _____	No _____

Certifico que la información proporcionada en esta sección (de información médica) es correcta y veraz al mejor de mi conocimiento.

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta): _____

Salt Lake Head Start Classroom Locations

(Vamos a tratar de acomodar su primera opción, pero no está garantizada)

Horas Generales - am 8:00-11:30 pm 12:30-4:00 pm Cuidados Extendidos– 7:30-4:00 *Cuidados extendidos a Bajo Costo**

Por favor, marque 1 y 2 opción

Salones en Sandy/Midvale/Murray Areas

Por favor, marque la clase de su elección

	Bellview	9800 South 800 East Sandy, 84070	Am or Pm	
	Midvalley	217 East 7800 South Midvale, 84047	Am or Pm	
	Copperview	8446 South Harrison (300 W) Midvale, 84047	Am or Pm	
	Midvale Boys and Girls Club	7631 s Chapel St (423 W) Midvale, 84047	Am or Pm	
	Murray	73 West 6100 South Murray, 84107	Am or Pm	

Por favor, marque 1 y 2 opción

Salones en West Jordan/Riverton Areas

Por favor, marque la clase de su elección

	Majestic	7450 South 1700 West West, Jordan 84084	Am or Pm	
	West Jordan	7220 South 2370 West West Jordan, 84084	Am or Pm	
	Terra Linda	8400 South 3400 West West Jordan, 84088	Am or Pm	
	Rose Creek	3600 West 12812 South Riverton, 84065	Am or pm	
	Riverton	12891 South Redwood Rd. Riverton, 84065	Am or Pm	

Por favor, marque 1 y 2 opción

Salones en West Valley (west)/Magna Area

Por favor, marque la clase de su elección

	Cathy C. Hoskins	6447 West 4100 South West Valley, 84128	Am or pm	
	Magna	8275 West 3500 South Magna, 84044	Am or Pm	

Por favor, marque 1 y 2 opción

Salones en Kearns Area

Por favor, marque la clase de su elección

	Oquirrh Hills	5241 South 4245 West Kearns, 84118	Am or Pm	
	South Kearns	4430 West 5570 South Kearns, 84118	Am or Pm	
	West Kearns	4900 South 4620 West Kearns, 84118	Am or Pm	

Horas Generales - am 8:00-11:30 pm 12:30-4:00 pm Cuidados Extendidos– 7:30-4:00 *Cuidados extendidos a Bajo Costo**

Por favor, marque 1 y 2 opción

Salones en Taylorsville/West Valley (east)

Por favor, marque la clase de su elección

	Salt Lake Community College	4626 South Redwood Road Taylorsville, 84123	Am or Pm	
	Stansbury	3050 South 2799 West West Valley, 84119	Am or Pm	
	Monroe	4450 West 3100 South West Valley, 84120	Am or Pm	
	Redwood	3060 S Lester St (1595 W) WVC 84119	Am or Pm	

Por favor, marque 1 y 2 opción

Salones en South Area

Por favor, marque la clase de su elección

	Hal J. Schultz	336 East 3900 south SLC, 84107	Am or Pm	
	South Salt Lake	2825 South 200 East SSL, 84115	Am or Pm	
	Creek Side	254 East 3020 South SSL, 84115	Am or Pm	

Por favor, marque 1 y 2 opción

Salones en North Area

Por favor, marque la clase de su elección

	James R. Russell	1240 N. American Beauty (1060 W.) SLC, 84116	Am or Pm/ Cuidados Extendidos ***	
	Horizonte	1234 South Main SLC, 84104	Am or Pm/ Cuidados Extendidos***	
	Shriver	1307 South 900 West SLC, 84104	Am or Pm	
	Neighborhood House	1050 West. 500 South SLC 84014	Am or Pm	

Por favor, marque 1 y 2 opción

Salones en Tooele/Wendover Areas

Por favor, marque la clase de su elección

	Tooele	222 North Coleman, Tooele 84074	Am or Pm	
	Grantsville	7 South Park St., Grantsville 84029	Am only	
	Wendover	1007 Skyhawk Wendover, 84083	Am or Pm	

Por favor, marque 1 y 2 opción

Salones de Asociación

Por favor, marque la clase de su elección

	University of Utah	1945 E. Sunnyside Ave (West Village child care) SLC 84108	Am or Pm	
--	--------------------	--	----------	--