

Salida Early Childhood Center  
 Distrito R-32J  
 La Aplicación

**Información del niño / niña**

Last Name /Apellido		First Name/ Nombre		Middle Name/ Segundo Nombre	Vive con:  <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otra _____
Date of Birth/ Fecha del Nacimiento	Lugar del nacimiento	Primary language / Primer Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	

Raza/ Identidad étnica – marque los que se aplican

African American  
  Latino/a  
  Americano/a nativo/a  
  Asiático  
  Isleño del Pacífico  
  Blanco/a  
  Otra

Información del Seguro

Medicaid \_\_\_\_\_  
  CHP+ \_\_\_\_\_  
  Seguro Privado \_\_\_\_\_  
  No tiene seguro

**El Adulto Principal**       La madre    El padre    Abuelo/a    Otro

Apellido	Nombre	Fecha del Nacimiento
Numero del teléfono <b>principal</b>	Teléfono secundario	Dirección física y postal
Nombre del Empleador / Escuela	Primer Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro - _____	

Raza/ – Identidad étnica – marque los que se aplican

African American  
  Latino/a  
  Americano/a nativo/a  
  Asiático  
  Isleño del Pacífico  
  Blanco/a  
  Otra

**El Adulto Secundario**       La Madre    El Padre    Abuelo/a    Otro

Apellido	Nombre	Fecha del Nacimiento
Numero del teléfono <b>principal</b>	Teléfono secundario	Dirección física y postal
Nombre del Empleador / Escuela	Primer Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro - _____	

Raza/ – Identidad étnica – marque los que se aplican

African American  
  Latino/a  
  Americano/a nativo/a  
  Asiático  
  Isleño del Pacífico  
  Blanco/a  
  Otra

Otro(s) Adulto(s) en Casa

Custodio  Padrasto  Madrastra  Compañero/a  Abuelo/a

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento
Teléfono principal	Teléfono secundario	Dirección física y postal
Nombre del Empleador / Escuela	Primer Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro - _____	

Raza/ Identidad étnica – marque los que se aplican

African American  Latino/a  Americano/a nativo/a  Asiático  Isleño del Pacífico  Blanco/a  Otra

Otras personas en casa, si todavía no están listados– hay que incluir hermanos y hermanas

Nombre	Relación	Fecha del Nacimiento

Educación de los Padres/del Adulto			Ocupación del Adulto / Los padres		
Por favor marque la nivel de educación por ambos padres			Por favor marque la situación laboral por AMBOS padres		
Principal	Secundario		Principal	Secundario	
		Menos que diploma de escuela secundaria			Empleado a tiempo completo – más que 35 horas
		GED			Tiempo parcial
		Diploma de escuela secundaria			Según la temporada
		Algunos estudios universitarios o de formación profesional			Desempleados
		AA/AS Título			Buscando trabajo
		licenciatura			Matriculado en la escuela o capacitación para el trabajo
					discapacitado
		Se interesa clases por el GED			Jubilado
		Se interesa clases de Inglés			Otra-
		Se interesa clases para padres			
		Otra -			

**Factores de la Familia (marque los que aplican– Nos ayuda a determinar la financiación que pueda estar disponible para su familia)**

- padres menores de 18 años en el momento del nacimiento del niño
- violencia / abuso en el hogar - actual o pasada
- Vivía en más que una casa en el último año. ¿Cuántos? \_\_\_\_\_
- uno o ambos padres desplegados       miembro de la familia encarcelado
- más que familia o generación viviendo en la casa
- involucrado en una acción judicial       familia en crisis       la dirección actual es un arreglo de vivienda temporal
- abuso de drogas o alcohol en el hogar - actual o pasada
- miembro de la familia que lucha con la depresión (incluyendo post-parto), una enfermedad crónica o una discapacidad       previamente en Head Start - el niño esta o otra
- recibe ayuda (marque con circulo todo lo que corresponda)      TANF      CCAP (child care)      LEAP      WIC      Cupones de alimentos      SSI      Desempleo

**Factores del niño (marque todo lo que corresponda - esto nos ayuda a asegurarnos de que estamos cumpliendo con todas las necesidades de su hijo)**

<input type="checkbox"/> tuvo problemas durante / justo después del nacimiento	<input type="checkbox"/> dificultad para ver o masajes / parpadea los ojos mucho	<input type="checkbox"/> Estoy preocupado por la habla o lenguaje de mi hijo
<input type="checkbox"/> pesó menos que 5 lb. 8oz	<input type="checkbox"/> dificultad para oír o tubos en los oídos o infecciones frecuentes del oído	<input type="checkbox"/> Estoy preocupado por el comportamiento de mi hijo
<input type="checkbox"/> tiene una enfermedad en curso	<input type="checkbox"/> tiene una discapacidad diagnosticada	<input type="checkbox"/> Estoy preocupado por el desarrollo físico de mi hijo
<input type="checkbox"/> problemas de salud que limiten las actividades en la escuela	<input type="checkbox"/> tiene un Plan de Educación Individual o recibe tratamiento de algún tipo	<input type="checkbox"/> Estoy preocupado acerca de las habilidades sociales de mi hijo
<input type="checkbox"/> rara vez juega con otros niños de su / su edad	<input type="checkbox"/> ha recibido intervención temprana en el pasado	<input type="checkbox"/> Estoy preocupado por la capacidad de mi hijo para aprender

¿Que tipo de apoyo tiene su familia? (La iglesia, familia, compañeros etc?)

**Le interesa medio – día o día completo? O servicios dado en el centro o la casa? Porque?**

**¿Algo más que necesitamos saber sobre su hijo?**

**¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_**

**¿Está su niño asistiendo pre-school en otra parte?      Sí      No**

**Si la respuesta es “sí,” dónde? \_\_\_\_\_**

**Correo electrónico \_\_\_\_\_**

**Firma del padre / custodio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

**Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

