



Gracias por su interés en el Programa Head Start / Early Head Start. Nuestro programa ofrece servicios de preescolar de medio día y a día completo y servicios para las familias en varias localidades de los Condados de Santa Clara y San Benito.

Para ser elegible de recibir nuestros servicios su niño(a) debe tener la edad requerida y su familia debe cumplir con los requisitos del programa sobre los ingresos económicos o ser elegible categóricamente.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Por Edad: Para Head Start – Su niño(a) debe tener 3 años cumplidos y no haber cumplido 5 años para el día 2 de diciembre.
 Para Early Head Start – Su niño debe tener por lo menos 18 meses pero sin haber cumplido 3 años.

Por Ingresos Económicos: Su familia es elegible si cumple con los siguientes Requisitos Federales sobre Ingresos de 2009.

MIEMBROS EN LA FAMILIA	INGRESO ANUAL ANTES DE IMPUESTOS	MIEMBROS EN LA FAMILIA	INGRESO ANUAL ANTES DE IMPUESTOS
1	\$ 10,830	5	\$ 25,790
2	\$ 14,570	6	\$ 29,530
3	\$ 18,310	7	\$ 33,270
4	\$ 22,050	8	\$ 37,010

Para familias de más de 8 miembros, agregue \$3,740 por cada miembro adicional.

Elegibilidad Categórica: Su familia es elegible si usted se encuentra en algunas de las siguientes categorías

- El niño debe estar inscrito para ser adoptado.
- La familia debe estar recibiendo servicios de beneficios a través del Programa CalWORKs.
- Un familiar que viva con usted y que usted mantenga económicamente debe estar recibiendo beneficios económicos suplementarios de Seguridad social (SSI).
- La familia debe estar sin hogar.

Niños con Discapacidades: Es posible que usted sea elegible para Head Start si su niño(a) tiene un Plan Educativo Individual actualizado (IEP) o para Early Head Start si su familia tiene un Plan Individual de Servicios (IFSP) actualizado. Si el niño tiene un IEP/IFSP actualizado es posible que no tenga que cumplir con los requisitos de ingresos económicos.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Para procesar su aplicación usted debe completar todas las secciones de esta aplicación e incluir copias de los documentos siguientes *(no se devolverán los documentos):*

- **Acta de Nacimiento**
- **Tarjeta de Vacunas**
- **Evaluación y/o resultados de la prueba de TB (Tuberculosis)**
- **Verificación de Ingresos – Documentos de todas las fuentes de ingresos recibidos por los padres o tutores del niño:**
 - √ Talones recientes de pago (del mes anterior) mostrando el pago por mes
 - √ Ingresos pagados por Desempleo
 - √ Una carta del empleo donde diga las horas trabajadas por semana y el pago
 - √ Pago por compensación de trabajo
 - √ La copia más reciente del pago de impuestos
 - √ Pago de mantención infantil
 - √ La copia más reciente de impuestos (W-2)
 - √ Pago por razón de discapacidad
- **Verificación de la Custodia Legal** (si el niño está en el proceso adoptivo)
- **Notificación de Pago** (si la familia recibe beneficios del programa CalWORKs)
- **Copia de Pago Suplementario por Seguro** (si corresponde)
- **Verificación de Pago por no tener Hogar**
- **Copia actualizada del IEP (Head Start) o IFSP (Early Head Start)** (si corresponde)
- **Verificación de empleo a tiempo completo o de estudios/entrenamiento** (si requiere servicios a tiempo completo)

REMITIR SU SOLICITUD

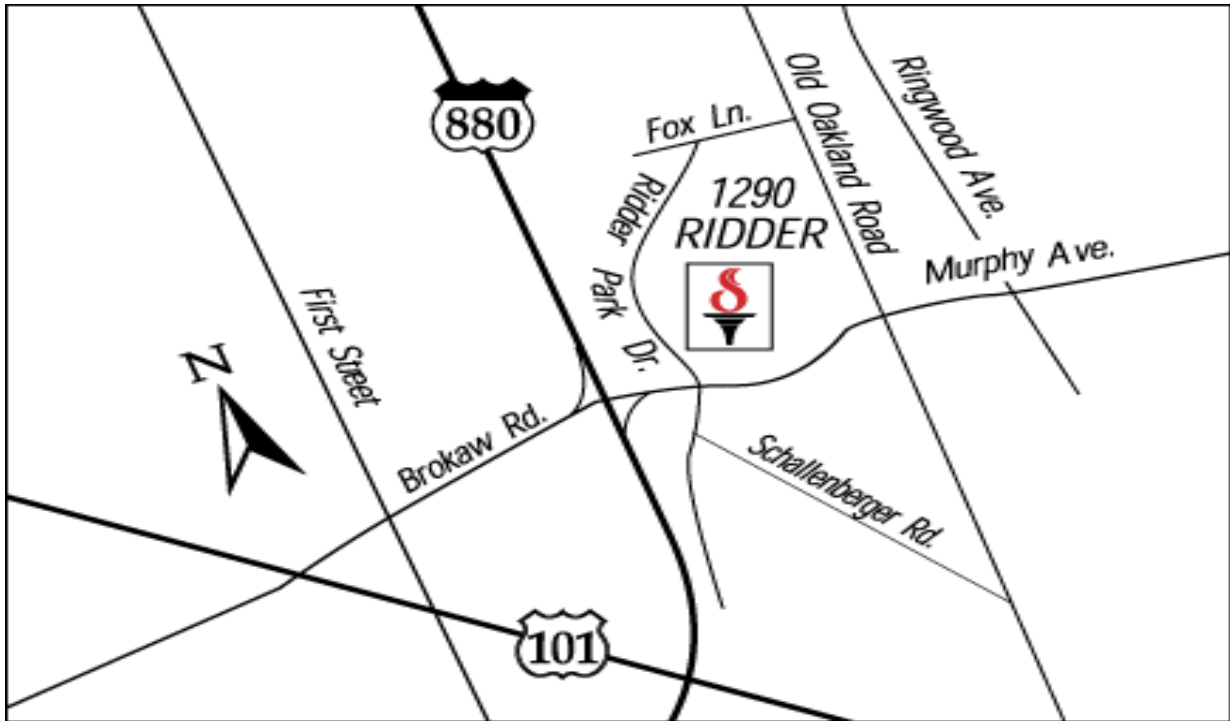
Una vez que usted haya llenado la solicitud, puede remitirla con los documentos requeridos en una de las siguientes maneras:

- ✓ Llamar a la oficina para preguntar las vías de llegar al centro más cercano
- ✓ Entregar en persona o enviar por Correo a: Head Start Program, 1290 Ridder Park Drive, MC 225, San Jose, CA 95131-2304

Usted será contactado(a) por correo cuando su solicitud haya sido procesada.

Si usted tiene más preguntas, favor de llamar al (408) 453-6900 o (800) 820-8182 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

MAPA DE SCCOE



La Oficina de Educación del Condado de Santa Clara está localizada en el 1290 Ridder Park Drive, San José, CA 95131-2304, cerca de la autopista 880 en la esquina nordeste de Brokaw Road y Ridder Park Drive. Hay varias rutas que usted puede tomar para llegar a nuestra oficina.

Si usted viene de Sunnyvale: tome la autopista 101 (sur hacia San José) hasta la salida de First Street/Brokaw Road. Permanezca en carril izquierdo y de vuelta a la izquierda en la Brokaw. Continúe hacia el este en la Brokaw por 1.3 millas, después de vuelta hacia la izquierda en la Ridder Park Drive. El estacionamiento de la Oficina del Condado está en su primera derecha.

Si usted viene del Norte de San José: Tome la autopista 880 (sur hacia San José) hasta la salida Brokaw Road; permanezca en el carril izquierdo y de vuelta a la izquierda en la Brokaw Road. Continúe hacia el este en la Brokaw (pase un semáforo), cámbiese al carril izquierdo para dar vuelta y doble la izquierda en la Ridder Park Drive. El estacionamiento de la Oficina del Condado está en su primera derecha.

Si viene de San José o del sur del condado: Tome la autopista 101 (norte hacia San Francisco); sálgase en la autopista 880 Norte (hacia Oakland) y en una milla, tome la salida Brokaw Road. Doble a la derecha (hacia el este) en la Brokaw Road; cámbiese al carril izquierdo. De vuelta a la izquierda en la Ridder Park Drive. El estacionamiento de la Oficina del Condado está en su primera entrada a la derecha.

-O-

Tome la autopista 880 Norte, tome la salida Brokaw Road. Doble a la derecha (este) hacia la Brokaw Road; cámbiese a la senda izquierda. Doble a la izquierda hacia la Ridder Park Drive. Doble en la primera entrada a la derecha hacia el parqueo de la Oficina del Condado.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE HEAD START/ EARLY HEAD START
(HEAD START / EARLY HEAD START ENROLLMENT APPLICATION)

(OFFICE USE ONLY)
(Tracker# _____)

FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE UTILIZANDO SOLAMENTE TINTA AZUL O NEGRA (PLEASE PRINT LEGIBLY USING BLACK OR BLUE INK ONLY)

Niño(a) (Child Applicant)				
Nombre (First Name)	Apellido (Last Name)	Segundo Nombre (Middle)	Género (Gender) <input type="checkbox"/> Masculino (Male) <input type="checkbox"/> Femenino (Female)	Fecha de Nacimiento (Birth Date) / /
Raza (Race) <input type="checkbox"/> Asiática (Asian) <input type="checkbox"/> Blanca (White)	<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana (Black/African American) <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico/Hawaiano (Pacific Islander/Hawaiian)	<input type="checkbox"/> Hispana/Indoamericana/Alaska (Hispanic/American Indian/Alaskan) <input type="checkbox"/> Otra: (Other)	Etnia (Ethnicity) <input type="checkbox"/> Hispana (Hispanic) <input type="checkbox"/> No Hispana (Non Hispanic)	
Nivel de fluidez en inglés del niño (English Proficiency of the Child) <input type="checkbox"/> Ninguno (None) <input type="checkbox"/> Pobre (Poor) <input type="checkbox"/> Moderado (Moderate) <input type="checkbox"/> Buen Nivel (Proficient)				
¿Tiene el niño un plan actualizado de IEP o IFSP? (Does the child have a current IEP or IFSP?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No) Si la respuesta es Sí, favor de responder las preguntas sobre discapacidades en la página 6 (If yes, please also complete the Disabilities questions on page 6)				

Información sobre la Familia (Family Information)				
Jefe de Familia (Head of Household's Name)			Relación con el Niño (Relationship to Child)	
Nombre de la Madre/Tutora (Mother/Guardian's Name)	Fecha de Nacimiento (Birth Date) / /	Nombre del Padre/Tutor (Father/Guardian's Name)	Fecha de Nacimiento (Birth Date) / /	
Dirección (Living Address)		Ciudad/Código Postal (City/ Zip)	<input type="checkbox"/> La familia actualmente no tiene hogar (Family is currently Homeless)	
Dirección (si es diferente) (Mailing Address) (if different)		Ciudad/Código Postal (City/ Zip)		
Teléfono del Hogar (Home Phone) <input type="checkbox"/> Teléfono Primario (Primary phone)	# de Teléfono celular (Cell Phone) <input type="checkbox"/> Teléfono Primario (Primary Phone)	Teléfono del Trabajo (Work Phone) <input type="checkbox"/> Teléfono Primario (Primary Phone)		
Padres/Tutores en el Hogar (Parents/Guardians in the Home) <input type="checkbox"/> Un Padre (One Parent) <input type="checkbox"/> Ambos Padres (Two Parents)	Nombre de la Persona que tiene la Custodia Legal del Niño (Name of Person Having Legal Custody of the Child)	¿Se encuentra el niño bajo el cuidado adoptivo? (Is the child in foster care?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)		
¿Vive el niño con un familiar o amigo debido a problemas de cárcel o abandono? (excluyendo niños adoptivos) (Is the child living with a relative or friend due to incarceration or abandonment?) (excluding foster children) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)				
Idioma Primario Hablado en el Hogar (Primary Language Spoken at Home) <input type="checkbox"/> inglés (English) <input type="checkbox"/> español (Spanish) <input type="checkbox"/> vietnamita (Vietnamese) <input type="checkbox"/> Otro _____ (Other)				
Usted o algún miembro familiar que viva con usted o usted mantenga recibe beneficios suplementarios del Seguro Social? (SSI) (Do you or a family member living with and supported by you receive Supplemental Security Income benefits) (SSI)? <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)				
¿Tiene el niño (solicitante) algún hermano(a) que tenga un IEP o IFSP actualizado? (Does the child (applicant) have a sibling with a current IEP or IFSP?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)				

Escriba los nombres de todos los miembros familiares que vivan en su hogar y por los cuales usted sea responsable de su cuidado:
(List all other family members living in the household for whom you are responsible for the care and welfare of)

Nombre (First Name)	Apellido (Last Name)	Fecha de Nacimiento (Birth Date)	¿Tiene alguna relación esta persona con los padres del niño? (Is this person related to the child's parent(s)?)	¿Se mantiene esta persona con el salario de los padres? (Is this person supported by the parent's income?)
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)

Número total de personas que viven en el hogar (incluyéndose a usted) por las cuales usted sea responsable financieramente
(Total number of people living in the household (including you) for whom you provide financial support)

Otros familiares o amigos de contacto en caso que usted no esté disponible (Other family members or friends we can contact in case we are unable to reach you)

Nombre (Name)	Teléfono (Phone)	Relación (Relationship)
Nombre (Name)	Teléfono (Phone)	Relación (Relationship)

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE HEAD START/ EARLY HEAD START

(HEAD START / EARLY HEAD START ENROLLMENT APPLICATION)

Nombre del Niño _____
(Child's Name)

Fecha de Nacimiento _____
(Birth Date)

Madre/Tutora (Mother/Guardian)			
Nombre (First Name)		Apellido (Last Name)	
Fecha de Nacimiento (Birth Date) / /	¿Vive con el Niño? (Lives with Child) S N (Y) (N)	¿Tiene la custodia legal? (Legal Custody) S N (Y) (N)	¿Recibe ingresos económicos? (Has Income) S N (Y) (N)
Estado Civil (Marital Status) <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda (Married) (Single) (Separated) (Divorced) (Widowed)			
¿Usted recibe manutención infantil? (Do you receive Child Support?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, diga qué cantidad recibe al mes (Yes) (No) (If yes, amount per month \$)			
Nivel educativo alcanzado (Highest Level of Education) <input type="checkbox"/> Menos de la preparatoria (Less than High School) <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria o GED (High School Grad or GED)		<input type="checkbox"/> Clases universitarias o AA/AS (Some College or AA/AS) <input type="checkbox"/> Licenciado o Título Avanzado (Bachelor's or Advanced Degree)	
Estado de Empleo (Employment Status) <input type="checkbox"/> Empleado (Employed) <input type="checkbox"/> Desempleado (Unemployed) <input type="checkbox"/> Buscando Empleo (Seeking Employment) <input type="checkbox"/> Incapacitado (Incapacitated)		<input type="checkbox"/> Empleado temporalmente (Seasonally Employed) <input type="checkbox"/> Retirado (Retired) <input type="checkbox"/> Discapacitado (Disabled)	
Fecha de la Incapacidad de _____ A _____ (Dates of Incapacity From) (To)			
Nombre del Empleador (Employer Name)		# de Teléfono (empleo) (Employer Phone)	
Nombre del Empleador (Employer Name)		# de Teléfono (empleo) (Employer Phone)	
Horario de Trabajo (incluyendo todos los empleos) (Work Schedule) (Include all jobs)			
Lunes (Monday) _____		Jueves (Thursday) _____	
Martes (Tuesday) _____		Viernes (Friday) _____	
Miércoles (Wednesday) _____		Sáb/Dom (Sat/Sun) _____	
# Total de Horas a la Semana: (Total Hours Per Week) _____			
Los Días de Pago son (Pay Days are) <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> 1 vez al mes (Weekly) (Every 2 Weeks) (Twice Per Month) (Monthly)			
Salario antes de impuestos \$ _____ Cada (Per) _____ (Gross Income)			

Padre/Tutor (Father/Guardian)			
Nombre (First Name)		Apellido (Last Name)	
Fecha de Nacimiento (Birth Date) / /	¿Vive con el Niño? (Lives with Child) S N (Y) (N)	¿Tiene la custodia legal? (Legal Custody) S N (Y) (N)	¿Recibe ingresos económicos? (Has Income) S N (Y) (N)
Estado Civil (Marital Status) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo (Married) (Single) (Separated) (Divorced) (Widowed)			
¿Usted recibe manutención infantil? (Do you receive Child Support?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, diga qué cantidad recibe al mes (Yes) (No) (If yes, amount per month \$)			
Nivel educativo alcanzado (Highest Level of Education) <input type="checkbox"/> Menos de la preparatoria (Less than High School) <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria o GED (High School Grad or GED)		<input type="checkbox"/> Clases universitarias o AA/AS (Some College or AA/AS) <input type="checkbox"/> Licenciado o Título Avanzado (Bachelor's or Advanced Degree)	
Estado de Empleo (Employment Status) <input type="checkbox"/> Empleado (Employed) <input type="checkbox"/> Desempleado (Unemployed) <input type="checkbox"/> Buscando Empleo (Seeking Employment) <input type="checkbox"/> Incapacitado (Incapacitated)		<input type="checkbox"/> Empleado temporalmente (Seasonally Employed) <input type="checkbox"/> Retirado (Retired) <input type="checkbox"/> Discapacitado (Disabled)	
Fecha de la Discapacidad de _____ A _____ (Dates of Incapacity From) (To)			
Nombre del Empleador (Employer Name)		# de Teléfono (empleo) (Employer Phone)	
Nombre del Empleador (Employer Name)		# de Teléfono (empleo) (Employer Phone)	
Horario de Trabajo (incluyendo todos los empleos) (Work Schedule) (Include all jobs)			
Lunes (Monday) _____		Jueves (Thursday) _____	
Martes (Tuesday) _____		Viernes (Friday) _____	
Miércoles (Wednesday) _____		Sáb/Dom (Sat/Sun) _____	
# Total de Horas a la Semana: (Total Hours Per Week) _____			
Los Días de Pago son (Pay Days are) <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> 1 vez al mes (Weekly) (Every 2 Weeks) (Twice Per Month) (Monthly)			
Salario antes de impuestos \$ _____ Cada (Per) _____ (Gross Income)			

Nombre del Niño _____
(Child's Name)

Fecha de Nacimiento _____
(Birth Date)

¿Recibe usted beneficios de CalWORKs (TANF)? (Do you receive CalWORKs (TANF)?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, diga qué cantidad al mes \$ (Yes) (No) (If yes, amount per month)	
¿Tiene usted otras fuentes de ingresos? (Do you have any other sources of income?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, diga qué cantidad al mes \$ (Yes) (No) (If yes, amount per month) Descripción: (Description)	
¿Asiste usted a la escuela o a entrenamiento de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are you in School or Training?) (Yes) (No)	
Nombre de la Escuela (School Name)	Teléfono de la Escuela (School Phone)
Horario Escolar o de Entrenamiento (School or Training Schedule)	Unidades (Units) _____
Lunes (Monday) _____	Jueves (Thursday) _____
Martes (Tuesday) _____	Viernes (Friday) _____
Miércoles (Wednesday) _____	Sáb/Dom (Sat/Sun) _____
Total de Horas a la Semana (solo tiempo de clases) (Total Hours Per Week) (class time only) _____	
¿Es usted empleado del Programa Head Start de la SCCOE? (Are you an employee of SCCOE Head Start?) S N (Y) (N)	
¿Está usted relacionado con algún empleado de Head Start de SCCOE? (Are you related to an SCCOE Head Start employee?) S N (Y) (N)	

¿Recibe usted beneficios de CalWORKs (TANF)? (Do you receive CalWORKs (TANF)?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, diga qué cantidad al mes \$ (Yes) (No) (If yes, amount per month)	
¿Tiene usted otras fuentes de ingresos? (Do you have any other sources of income?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, diga qué cantidad al mes \$ (Yes) (No) (If yes, amount per month) Descripción: (Description)	
¿Asiste usted a la escuela o a entrenamiento de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are you in School or Training?) (Yes) (No)	
Nombre de la Escuela (School Name)	Teléfono de la Escuela (School Phone)
Horario Escolar o de Entrenamiento (School or Training Schedule)	Unidades (Units) _____
Lunes (Monday) _____	Jueves (Thursday) _____
Martes (Tuesday) _____	Viernes (Friday) _____
Miércoles (Wednesday) _____	Sáb/Dom (Sat/Sun) _____
Total de Horas a la Semana (solo tiempo de clases) (Total Hours Per Week) (class time only) _____	
¿Es usted empleado del Programa Head Start de la SCCOE? (Are you an employee of SCCOE Head Start?) S N (Y) (N)	
¿Está usted relacionado con algún empleado de Head Start de SCCOE? (Are you related to an SCCOE Head Start employee?) S N (Y) (N)	

Declaro que la información en esta solicitud es verdadera y precisa de acuerdo con mis conocimientos. Entiendo que si no ofrezco la información correcta se puede considerar la negación de la solicitud o la suspensión de los servicios de cuidado infantil. Notificaré a la agencia inmediatamente si ocurre algún cambio en mis ingresos, tamaño de la familia, dirección de vivienda, empleo o razón para necesitar los servicios de cuidado infantil.

(I certify that the information in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that failure to report correct information may be grounds for rejection of this application or termination of childcare services. I will notify the agency immediately if there is any change in my income, family size, residence, employment, or reason for needing childcare services.)

Firma del Padre o Tutor _____
(Parent/Guardian's Signature)

Date _____
(Date)

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE HEAD START/ EARLY HEAD START
(HEAD START / EARLY HEAD START ENROLLMENT APPLICATION)

Nombre del Niño _____
(Child's Name)

Fecha de Nacimiento _____
(Birth Date)

INFORMACIÓN E HISTORIA DE LA SALUD
(HEALTH INFORMATION AND HISTORY)

Nombre del Médico (Clínica del Hogar) (Doctor's Name) (Medical Home)	# de Teléfono (Phone) ()	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Código Postal (Zip)
Nombre del Dentista (Clínica del Hogar) (Dentist's Name) (Dental Home)	# de Teléfono (Phone) ()	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Código Postal (Zip)
Seguro Dental (Dental Insurance)	# de Teléfono (Phone) ()	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Código Postal (Zip)

Seguro de Salud: Medi-Cal/Medicaid Healthy Families California Healthy Kids Privado Otro _____
(Health Coverage) (Medi-Cal/Medicaid) (Healthy Families) (California Healthy Kids) (Private) (Other)

¿Recibe usted servicios de... WIC - ID # _____
(Are you receiving services from...) (WIC - ID #)

Otro Seguro de Salud
(Other Health Coverage)

INMUNIZACIONES
(IMMUNIZATIONS)

Antes de colocar a su hijo(a) en una lista de clase, una copia de la tarjeta de vacunas actuales debe ser recibida por el Programa de Head Start del Condado de Santa Clara conforme con los requisitos de las Vacunas / Inmunizaciones del Estado de California. Todas las vacunas deben ser escritas, mostrando la fecha de su aplicación y una firma o sello de verificación del médico. Si su niño no tiene una tarjeta de vacunas o no ha recibido las vacunas requeridas, comuníquese con su doctor lo más pronto posible para obtener el expediente o hacer una cita para que su hijo(a) reciba las vacunas.

(Before your child is placed on a class list, a copy of your child's current immunization records must be received by the program according to the State of California immunizations requirements. All immunizations must be recorded by showing a date given and signature or stamp verification by health care provider. If your child does not have an immunization record or has not received all required immunizations, call your health care provider as soon as possible to obtain a record or make an appointment for your child to receive these immunizations)

EXAMEN FÍSICO REQUERIDO (EXAMEN FÍSICO)
(REQUIRED HEALTH ASSESSMENT) (PHYSICAL EXAM)

Se requiere que el niño tenga un examen médico realizado por un especialista. Este examen debe incluir pruebas de Hemoglobina / Hematocrito (exámenes de sangre), Examen Auditivo y Visual, Estatura y Peso, Evaluación de la TB y / o examen si está en riesgo, uso de tabaco y prueba de contenido de Plomo. Si usted no tiene una copia del examen físico actual de su hijo(a), le pedirán que lleve a su hijo(a) al doctor en el plazo de 30 días del primer día de clase para obtener uno. Es mejor hacer esto antes de que ubiquen a su hijo(a) en la lista de clase. (Ver el formulario adjunto de Evaluación de la Salud Infantil).

(A health assessment (physical examination) by a physician is required. This exam must include Hemoglobin / Hematocrit (blood work), Hearing and Vision Screenings, Height & Weight, TB Assessment and/or test if at risk, Tobacco, and Lead Test. If you do not have a copy of a current physical exam for your child, you will be asked to take your child to the doctor within 30 days of the first day of school to obtain one. It is best to do this before your child is placed on a class list (see attached Child Health Assessment form).

¿Se incluye una copia actual del Examen Físico con este formulario? Sí No Fecha del último examen físico del niño _____
(Is a copy of a current Physical Exam included with application?) (Yes) (No) (Date of child's last physical exam)

EXAMEN DENTAL REQUERIDO (PARA NIÑOS DE PREESCOLAR DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD SOLAMENTE)
(REQUIRED DENTAL EXAM) (FOR PRESCHOOL CHILDREN AGES 3-5 YEARS OLD ONLY)

Se requiere que el niño tenga un examen dental realizado por un especialista. Si usted no tiene una copia del examen actual dental, se le pedirá que lleve a su niño al dentista dentro de 90 días del primer día de clases para hacerlo. Es mejor hacer esto antes de que ubiquen a su hijo en una lista de clases (ver el Formulario de Evaluación Dental)

[A dental exam by a dentist is required. If you do not have a copy of a current dental exam for your child, you will be asked to take your child to the dentist within 90 days of the first day of school to obtain one. It is best to do this before your child is placed on a class list (see attached Dental Examination form)].

¿Se incluye una copia actual del Examen Físico con este formulario? Sí No Fecha del último examen dental del niño _____
(Is a copy of a current Dental Exam included with application?) (Yes) (No) (Date of child's last dental visit)

Nombre del Niño _____
(Child's Name)

Fecha de Nacimiento _____
(Birth Date)

MEDICAMENTOS

(MEDICATIONS)

ESCRIBA EL NOMBRE DE TODOS LOS MEDICAMENTOS, POR RECETA MÉDICA O NO, QUE SU NIÑO TOMA DIARIAMENTE
(LIST ALL MEDICINES, PRESCRIPTIVE AND NON-PRESCRIPTIVE, THAT YOUR CHILD TAKES REGULARLY)

Su hijo no recibirá medicamentos en la escuela sin la indicación de un médico o sin tener un Plan de Salud para el Salón de clases por escrito aprobado por los padres y el personal del programa.
(Your child will not be given medication at school without a physician's note and a Classroom Health Plan written with the parent and program staff)

ALERGIAS Y DIETA ESPECIAL

(ALLERGIES AND SPECIAL DIET)

CIRCULAR UNA OPCIÓN

(CIRCLE ONE)

INDICAR TODAS LAS ALERGIAS (DE COMIDAS U OTRO TIPO)

(LIST ALL ALLERGIES) (FOOD OR OTHER)

Sí **No**
(Yes) (No)

Indicar las dietas especiales para acomodar por preferencias culturales o razones religiosas (indicar que tipo de comidas se incluyen)

(List special diets to accommodate for cultural preference or for religious reasons) (indicate what specific foods are included)

Sí **No**
(Yes) (No)

Un Plan de Nutrición para el Salón de Clases será escrito con los padres y el personal del programa para tratar todas las alergias y dietas especiales.

(A Classroom Nutrition Plan will be written with the parent and program staff to address all allergies and special diets)

INFORMACIÓN SOBRE LA NUTRICIÓN

(NUTRITION INFORMATION)

¿Su niño tiene alguno de los síntomas siguientes después de comer?

(Does your child experience any of the following symptoms after eating?)

- Diarrea (Diarrhea) Picazón en la piel (Itching)
 Vómitos (Vomiting) Dificultad para tragar (Difficulty Swallowing)

¿Su niño come...?

(Does your child eat)

- Tierra (Dirt) Lodo (Clay) Pintura (Paint Chips) Hielo (Ice Chips) Escarcha del Refrigerador (Refrigerator Frost)
 Harina de maíz (Cornstarch) Polvo detergente (Laundry Starch) Plastilina escolar (School Paste) Lápices (Pencils)

NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD/ ENFERMEDADES CRÓNICAS

(SPECIAL HEALTH NEEDS/ CHRONIC ILLNESS)

CIRCULO UNO

(CIRCLE ONE)

Asma (Asthma)

Sí (Yes) **No** (No)

Anemia (Anemia)

Sí (Yes) **No** (No)

Diabetes (Diabetes)

Sí (Yes) **No** (No)

Necesidades de Información Pediátrica para los Primeros Auxilios: (Pediatric First Aid Information Needs)

Sí (Yes) **No** (No)

Otras Necesidades Especiales de Salud: (Other Special Health Needs)

Sí (Yes) **No** (No)

HISTORIA DE NACIMIENTO (BIRTH HISTORY)

¿Prematuro? (Premature?)

Sí (Yes) **No** (No)

¿Fue su hijo(a) expuesto al humo de 2^{da} mano?

(Was your child exposed to smoke?)

Sí (Yes) **No** (No)

¿Mientras estuvo en el hospital, tuvo su hijo(a) ictericia amarilla?

(While in the hospital, did your child have yellow jaundice?)

Sí (Yes) **No** (No)

OÍDOS Y OJOS (EARS AND EYES)

¿Dificultad al oír? (Any trouble hearing?)

Sí (Yes) **No** (No)

¿Dificultad con sus ojos? (Any trouble with his/her eyes?)

Sí (Yes) **No** (No)

¿Usa un aparato auditivo? (Use a hearing device?)

Sí (Yes) **No** (No)

¿Ha usado lentes su hijo(a)? (Has your child ever worn glasses?)

Sí (Yes) **No** (No)

Si la respuesta es sí, en cualquiera de las categorías antes mencionadas, favor de explicar: (If yes, to any of the above, please explain)

Nombre del Niño _____
(Child's Name)

Fecha de Nacimiento _____
(Birth Date)

HISTORIA DE LA FAMILIA (FAMILY HISTORY)	
Estado de la Salud de la Madre: (Mother's Health Status) <input type="checkbox"/> Bueno (Good) <input type="checkbox"/> Normal (Fair) <input type="checkbox"/> Pobre (Poor)	Estado de la Salud de la Padre: (Fathers's Health Status) <input type="checkbox"/> Bueno (Good) <input type="checkbox"/> Normal (Fair) <input type="checkbox"/> Pobre (Poor)
¿Durante el embarazo, la madre consumió bebidas alcohólicas que afectaron el desarrollo del niño(a)? (While pregnant did the mother drink alcoholic beverages that affected the development of the child?)	¿Durante el embarazo, la madre consumió drogas que afectaron el desarrollo del niño(a)? (While pregnant did the mother take any drugs that affected the development of the child?)
Sí (Yes) No (No)	
Si su respuesta es sí , en cualquiera de los temas mencionados anteriormente, favor de explicar: (If yes, to any of the above, please explain)	
¿Ha estado su hijo(a) expuesto(a) alguna vez al humo de 2 ^{da} mano? (Has your child been exposed to second hand smoke?)	Sí (Yes) No (No)
DESARROLLO SOCIO-EMOCIONAL (SOCIAL-EMOTIONAL DEVELOPMENT)	
Su hijo(a) Tiene: (Does Your Child Have?)	Su hijo(a) Tiene: (Does Your Child Have?)
¿Problemas conviviendo con niños de su misma edad? (Problems getting along with other children the same age?)	¿Conducta agresiva? (Aggressive behavior?)
Sí (Yes) No (No)	Sí (Yes) No (No)
¿Problemas conviviendo con otros miembros de la familia? (Problems getting along with other family members?)	¿Demasiada timidez? (Extreme shyness?)
Sí (Yes) No (No)	Sí (Yes) No (No)
¿Dificultad para dormir? (Problems sleeping?)	¿Problemas separándose de su padre / tutor? (Problems separating from parent/guardian?)
Sí (Yes) No (No)	Sí (Yes) No (No)
¿Hace berrinches frecuentemente? (Temper tantrums?)	Otras preocupaciones que usted pueda tener sobre la conducta de su hijo(a): (Other concerns you may have about your child's behavior:)
Sí (Yes) No (No)	
¿Actualmente recibiendo servicios médicos de salud mental? (Currently receiving mental health services?)	Sí la respuesta es sí , nombre de la agencia: (If yes, agency name:)
Sí (Yes) No (No)	
DISCAPACIDADES (DISABILITIES)	
¿Su hijo(a) tiene un Plan Individual de Servicios para la Familia con un programa de intervención temprana o un distrito escolar? (Does your child have an Individual Family Service Plan (IFSP) with an early intervention program, regional center, County Office of Education, or school district? If yes , please attach copy (ies) of the most recent IFSP.)	Sí (Yes) No (No)
¿Su hijo(a) tiene un Plan Educativo Individualizado (IEP) con un programa de intervención temprana o un distrito escolar? (Does your child have an Individualized Education Program (IEP) with your local school district of residence or County Office of Education program? If yes , please attach copy (ies) of the most recent IEP.)	Sí (Yes) No (No)
Información adicional sobre la discapacidad de su hijo(a) o cualquier otra preocupación del desarrollo. Si la respuesta es sí , favor de explicar: (Additional information about your child's disability or other developmental concerns. Please explain if yes circled above)	

CONSENTIMIENTO DE PADRES PARA LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR EL PROGRAMA
(PARENT CONSENT FOR PROGRAM SERVICES)

Entiendo que el Departamento de Servicios para Niños-Programa de Head Start es un programa general que proporciona varios servicios para apoyar a mi hijo(a) y familia. Observaciones y evaluaciones dentro del salón de clase son parte del programa, las cuales permiten al personal planear el desarrollo individual de mi hijo(a). Entiendo que el personal de Head Start me mantendrá informado(a) cuando cada servicio sea completado y me darán los resultados de todos los procedimientos y servicios que mi hijo(a) reciba. Yo doy permiso al personal de Head Start para que completen los siguientes con mi hijo(a):

(I understand that Children's Services Department – Head Start Program is a comprehensive program that will provide many services to support my child and family. Classroom observations and screenings are part of the program, which enable staff to plan for my child's individual development. I understand that the Head Start staff will keep me informed as each service is completed and provide, to me, the results of all procedures and services my child receives. I give permission for Head Start staff to complete the following with my child)

- Visual y Auditiva
(Vision & Hearing)
- Evaluación Nutricional
(Nutritional Assessment)
- Estatura y Peso
(Height & Weight)
- Exámenes Dentales
(Dental Screenings)

Firma del Padre/Tutor _____
(Parent/Guardian's Signature)

Date _____
(Fecha)

Permiso de Divulgación de Información

(FAVOR DE LLENAR Y ENTREGAR)

Authorization to Release Records

COMPLETE AND RETURN THIS FORM

Nombre del/la Niño(a) _____ **Fecha de Nacimiento** _____
(Child's Name) (Birth Date)

Nombre del Padre/Tutor _____
(Parent/Guardian's Name)

Mediante esta notificación autorizo a que se presente la siguiente información al Programa Head Start del Departamento de Servicios de Preescolar: una copia del examen físico, los registros de vacunación, incluyendo la prueba de la piel para detectar la Tuberculosis, examen dental y plan de tratamiento, informes de evaluación y Planes Educativos Individualizados (IEP) y/o Planes de Servicios Individualizados para las Familias (IFSP) de distritos escolares u otras agencias.

(I hereby authorized the release of the following records to Preschool Services Department Head Start Program: Copy of physical examination, immunizations records including Tuberculin Skin Test, dental examination and treatment plan, assessment reports and Individual educational Plan (IEP) and/or Individual Family Services Plan (IFSP) from school districts or other agencies).

Toda la información que sea revelada sobre mi hijo(a) debe seguir las medidas de procedimiento señaladas en las orientaciones de los Códigos Administrativos Federales y Estatales: Ley sobre la Transferibilidad y Privacidad de Seguro Médico ("Health Insurance Portability and Private Act, HIPAA") de 2003; la Ley sobre Derechos Educativos y la Privacidad de la Familia (Family Educational Rights, FERPA) de 2009; Ley sobre el Mejoramiento de la Educación de las Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Improvement Act, IDEA) de 2009 y los Estándares de Aprovechamiento del Programa Head Start (1301, 1304, 1305 y 1308).

[All release of information about my child will follow the procedural safeguards outlined in the provisions of Federal and State Administrative Codes: Health Insurance Portability and Private Act, (HIPAA), 2003; Family Educational Rights and Privacy Act, (FERPA), 2001; Individuals with Disabilities Education Improvement Act, (IDEA), 2006; and Head Start Performance Standards (1301, 1304, 1305, and 1308)].

Entiendo que esta información es estrictamente confidencial y será utilizada para ofrecer servicios necesarios y para poder informar estadísticamente sobre los resultados de los exámenes de salud. Esta autorización tendrá validez por un año a partir de la fecha en que sea firmada.

(I understand this information is strictly confidential and will be used to provide necessary services and to permit statistical reporting on the results of screenings. This authorization shall be valid for one year from the date is signed).

Firma del Padre/Tutor
(Parent/Guardian's Signature)

Fecha
(Date)

Autorización para Compartir Información

LLENAR Y ENTREGAR ESTE FORMULARIO

Authorization to Share Records

COMPLETE AND RETURN THIS FORM

Nombre del Niño(a) _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Nombre del Padre/Tutor _____

El Programa Head Start/Early Head Start de la Oficina de Educación del Condado de Santa Clara ha establecido asociaciones con otras agencias de cuidado infantil para poder ofrecer el cuidado infantil de calidad y los servicios familiares a un mayor número de niños y familias. Si usted nos permite compartir la información de su formulario de matrícula y la información de su niño con nuestros asociados del cuidado infantil, es posible poder encontrar capacidad para su matrícula con más rapidez. Los niños y las familias que reciben los beneficios del cuidado infantil de nuestras agencias asociadas reciben todos los mismos beneficios que reciben los niños atendidos directamente en los salones de clases regulares de un centro de alta calidad de Head Start/Early Head Start.

Si usted está de acuerdo en compartir esta información, es posible que sea contactado(a) por una de nuestras agencias asociadas del cuidado infantil para hablar sobre las oportunidades de matrícula en su programa.

Agencias de Cuidado Infantil Asociadas al Programa Head Start/Early Head Start de la SCCOE:

- East Side Union High School District Child Development Program (Early Head Start)
- Kidango, Inc.
- Mountain View/Whisman School District
- Parkway Child Development Programs
- SJB Child Development Center

Toda la entrega de la información seguirá las guías de procedimientos indicadas en los requisitos federales y estatales de los Códigos Administrativos: Health Insurance Portability and Privacy Act, (HIPAA), 2003; Family Educational Rights and Privacy Act, (FERPA), 2009; Individuals with Disabilities Education Improvement Act, (IDEA), 2009; and Head Start Performance Standards (1301, 1304, 1305, and 1308).

- Sí, autorizo que se divulgue la información sobre la solicitud de inscripción de mi hijo(a) con otras agencias del cuidado infantil para facilitar la matrícula de mi hijo(a) en un programa de preescolar.
- No, no autorizo a que se divulgue la información que aparece en la solicitud de inscripción de mi hijo(a) con otras agencias asociadas de cuidado infantil.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Dental Examination
Examen Dental

Nombre del Niño(a) (Child's Name) _____ **Fecha de Nacimiento** (Birth Date) _____

Nombre del Centro (Center Name) _____ **Fecha de Matrícula** (Enrollment Date) _____

Nombre de Padre/Tutor (Parent/Guardian's Name) _____

Autorizo al personal de trabajo de Head Start a que contacte a proveedores del cuidado dental del niño indicado en este formulario para completar la información requerida en esta solicitud.

(I hereby authorize Head Start Staff to contact the dental provider of the above-named child for information needed to complete this form)

Firma de Padre/Tutor (Parent/Guardian's Signature) _____ **Fecha** (Date) _____

Dear Dental Provider:

Please fill out this form completely, sign, and return to the child's parent/guardian listed above. If the child requires more than a routine check-up, we will require information when the initial examination is done and when treatment has been completed. **Please note: when routine care is provided by a hygienist, Head Start guidelines require a dentist signature to ensure that care has been provided.**

Date of most recent examination _____

- Child received cleaning and fluoride application
- Child had x-rays taken
- Was child prescribed fluoride Yes No

- Results:**
- Class I Is treatment required at this time Yes No
 - Class II Mild dental problems
 - Class III Severe dental problems
 - Class IV Emergency dental treatment required

Appointment date for treatment _____

Dentist's signature and stamp required _____

Name, phone number, and address of dentist _____

Complete this section only if treatment is required

Summary of Treatment:

- Treatment completed Yes No Date _____
- If treatment is not completed, appointment date _____
- Filling of teeth
- Extraction of non-restorable teeth
- Restoration of decayed teeth
- Referred to doctor _____
- Other _____

Dentist's signature _____

Clínicas para la Atención Dental "CHDP"

(CHDP Dental Providers)

Cyrus M. Akhbari
Pediatric Dentistry
1201 Park Avenue, Suite 2
San Jose, CA 95126
(408) 971-9990
Spanish/Vietnamese/Tagalog

Comprecare Dental
3030 Alum Rock Avenue
San Jose, CA 95127
(408) 254-5185
Spanish/Hindi

Evergreen Dental Group
2451 S. King Road, Suite A
San Jose, CA 95122
(408) 274-9600
Spanish/Tagalog

Jackson Family Dental
2324 Montpelier, Suite 3
San Jose, CA 95116
(408) 937-5950
Spanish/Chinese

Lucky Dental
2003 Story Road, Suite 800
San Jose, CA 95122
(408) 928-6000
Spanish/Chinese

Son A. Tran
260 Aborn Road, Suite 180
San Jose, CA 95121
(408) 239-0816
Vietnamese

City Dental Center
7671 Monterey Road, Suite G
Gilroy, CA 95020
(408) 842-5000
Spanish/Farsi

South Valley Dental Clinic
90 Highland Avenue
San Martin, CA 95046
(408) 808-6102
Spanish

Children's Dental Center
1153 South King Road
San Jose, CA 95122
(408) 240-0250
Spanish

Dental Image
Adrienne N. Lan Van
2114 Senter Road, Suite 14
San Jose, CA 95111
(408) 298-8187
Vietnamese

Khalsa Dental Care
2850 Quimby Road, Suite 145
San Jose, CA 95148
(408) 274-5000
Spanish/Vietnamese/Filipino

Andre Metcalf
645 Wool Creek Drive
San Jose, CA 95112
(408) 283-6200
Spanish

Tully Dental Center
500 Tully Road
San Jose, CA 95111
(408) 808-6102
Spanish

Devinder S. Shoker
2133 Morrill Avenue
San Jose, CA 95132
(408) 945-0411
Spanish/Vietnamese/Hindi

Asadi H
3535 Ross Avenue, Suite 105
San Jose, CA 95124
(408) 267-4690
Spanish

Western Dental Center
Accepts all types of Medical and
children as young as 1 year old
Call to make an appointment at
1(800) 466-5555 ext 3304
Spanish

Capitol Square Dental
Ramon R. Ocampo
2727 McKee Road
San Jose, CA 95127
(408) 259-5545
Spanish/Tagalog

First Choice Dental
967 McLaughlin Avenue
San Jose, CA 95122
(408) 258-9943
Spanish/Tagalog

Daisy G. Ison
2340 McKee Road, Suite 22
San Jose, CA 95116
(408) 272-8855
Spanish/Tagalog

Duong Chi Nguyen
1175 E. Julian Street, Suite 203
San Jose, CA 95112
(408) 298-1221
Vietnamese

Lawrence Tottori
2180 Story Road, Suite 101
San Jose, CA 95122
(408) 259-7772
Spanish/Vietnamese/Chinese

Maria Villar
Willow Dental Health Center
283 Willow Street
San Jose, CA 95110
(408) 298-6411
Spanish

San Jose Dental Surgery Center
1998 Alum Rock Avenue
San Jose, CA 95116
(408) 240-9000
Vietnamese

South County Dental Center
Gardner Health
700 West 6th Street, Suite E
Gilroy, CA 95050
(408) 846-6473
Spanish

CHILD HEALTH ASSESSMENT REPORT – CONFIDENTIAL

Medi-Cal / CHDP / Medical Providers:

Please complete Confidential Screening and return to parent/guardian in the Head Start / Early Head Start Program.

Child's Last Name:	First name	Initial	Sex M F	Birth Date	Month	Day	Year
--------------------	------------	---------	---------------	------------	-------	-----	------

SECTION TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION / AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN / LỜI CHO PHEÙP QUAÙNG BÀU CHI TIẾT	
I authorize release of medical information contained in this report to the Head Start Program / Yo autorizo a que la información médica que aparece en este informe sea revelada al Programa Head Start / Tôi cho phép quảng bá các chi tiết y khoa ở trên bản báo cáo này đến Chương Trình Head Start.	
SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN / FIRMA DEL PADRE O TUTOR / PHỤ HUYNH HOẶC GIÁM HỘ KÝ TÊN	DATE/FECHA/NGÀY

HEALTH CARE PROVIDER MUST COMPLETE ALL ITEMS BELOW

The Santa Clara County Office of Education administers a Head Start Program which is federally funded. Federal regulations require that a health professional make a determination as to whether a child is up to date on a schedule of age appropriate health assessments and screenings.

Date of Service Month Day Year	Child's Age Years Months	Allergies:			
Height/Length (Inches)	Weight (Pounds)	Blood Pressure (3 & 4 Yr olds only) / BP Elevated _____	Vision Chart Exam OD _____ OS _____ OU _____ Corrected / Uncorrected	Temp: _____ Pulse: _____ Resp: _____	Head Circumference (Inches): _____
Please indicate outcome for each screening procedure (Refer to Periodicity Schedule on reverse of form)	No Problem Suspected <input checked="" type="checkbox"/>	Problem Suspected <input checked="" type="checkbox"/>	Comments / Problems If a problem is diagnosed on this visit, please enter diagnosis, treatment plan, and special care instructions or restrictions this area.		
History and Physical Exam					
Dental Assessment/Referral					
Nutrition Assessment					
Develop/Behavioral Assessment					
Anticipatory Guidance					
Tobacco Assessment					
Language/Speech					
Hemoglobin or Hematocrit Review Annually	Hgb Values Date: _____	Hct Values Date: _____	If tests were not done, please explain why?		
Blood Lead Level (BLL) required at 12 and 24 months; Test at 24-72 months if not tested previously	BLL Value: Date: _____	Need status of BLL Value:			
	<input type="checkbox"/> Verbal Risk Assessment Completed (Must be checked)				
Urine Dipstick or Urinalysis (for 4 year olds only)	Results:	Date: _____			
Hearing Screening * Non-Audiometric (under 3 years) <input type="checkbox"/>	Results: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Unable/Uncooperative <input type="checkbox"/> Re-screen				
Vision Screening * Clinical Observation (under 3 years) <input type="checkbox"/>	Results: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Unable/Uncooperative <input type="checkbox"/> Re-screen				
Tuberculin Verbal Risk Assessment required 0-60 months	<input type="checkbox"/> Verbal Risk Assessment Completed (Must be checked)				
	Please check: <input type="checkbox"/> Low Risk <input type="checkbox"/> High Risk				
TB Test Required	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date Given: _____	Date Read: _____	Results in millimeters: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	
Patient Needs Immunizations <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Given today:	Polio (OPV or IPV) _____ Hepatitis B _____	DTP _____ Varicella _____	MMR _____ PCV _____	HIB _____	Other _____
Provider of Service (Please include name, address and telephone number):			Referred to:		Telephone Number
Signature of Provider			Date		

* 0 – 3 yrs. old

HEAD START / EARLY HEAD START PERIODICITY SCREENING GUIDELINES

PM 160 INSTRUCTION

Note: These guidelines follow the recommendations of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the Child Health and Disabilities Prevention (CHDP) Program.

PERIODICITY SCHEDULE FOR HEALTH ASSESSMENT REQUIREMENTS BY AGE GROUPS

Screening Requirement	Age of Person Being Screened										
	Under 1 mo.	1-2 mos.	3-4 mos.	5-6 mos.	7-9 mos.	10-12 mos.	13-15 mos.	16-23 mos.	2 Yr.	3 Yr.	4-5 Yr.
Interval Until Next Exam	1 mo.	2 mos.	2 mos.	2 mos.	3 mos.	3 mos.	3 mos.	6 mos.	1 yr.	1 yr.	2 yr.
History & Physical Examination	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Dental Assessment	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Nutritional Assessment	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Developmental/Behavioral	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Anticipatory Guidance	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Tobacco Assessment	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Measurements											
Head Circumference	•	•	•	•	•	•	•	•			
Height/Length and Weight	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Blood Pressure										•	•
Sensory Screening											
Visual Acuity Test (Snellen) ²										•	•
Clinical Observation	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Audiometric ²										•	•
Non-audiometric	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Procedures / Tests											
Tuberculin Test											•
TB Exposure Risk Assessment	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Hematocrit or Hemoglobin					•		•		•	•	•
Urine Dipstick or Urinalysis											•
Blood Lead Test						•			•		
Blood Lead Risk Assessment				•	•	•	•	•	•	•	•
Other Laboratory TESTS											
VDRL, RPR, or ART	To be done when health history and/or physical examination warrants.										
Gonorrhea Test	To be done when health history and/or physical examination warrants.										
Chlamydia Test	To be done when health history and/or physical examination warrants.										
Papanicolaou (Pap) Smear	To be done when health history and/or physical examination warrants.										
Sickle Cell	To be done when health history and/or physical examination warrants.										
Ova and Parasites	To be done when health history and/or physical examination warrants.										
Immunizations	Administer as necessary to make status current										

Note: Children coming under care who have not received all the recommended procedures for an earlier age should be brought up-to-date as appropriate.

1. Snellen testing and audiometric testing should start at age 3 years if possible. Clinical observation and nonaudiometric testing may be substituted if child is uncooperative.

Clínicas para la Atención Infantil de Pediatría

(Pediatric Primary Care Providers)

Santa Clara Valley Health and Hospital System

Call Valley Connection at 1 (800) 334-1000 to make an appointment at one of the following health centers:

Valley Health Center Bascom

750 South Bascom Avenue
San Jose, CA 95128

Valley Health Center Tully

500 Tully Road
San Jose, CA 95111

Valley Health Center East Valley

1993 McKee Road
San Jose, CA 95116

Valley Health Center Silver Creek

1620 East Capitol Expressway
San Jose, CA 95121

Valley Health Center Fair Oaks

660 South Fair Oaks Avenue
Sunnyvale, CA 94086

Valley Health Center San Martin

90 Highland Avenue
San Martin, CA 95046

Clínicas de la Comunidad / Centros para la Salud:

(Community Clinics / Health Centers)

Asian Americans for Community Involvement

2400 Moorpark Avenue, Suite 319
San Jose, CA 95126
(408) 975-2763

Franklin-McKinley Neighborhood Clinic

645 Wool Creek Drive
San Jose, CA 95112
(408) 283-6051
(408) 975-2730

Gilroy Neighborhood Health Clinic

7861 Murray Avenue
Gilroy, CA 95020
(408) 842-1017

Indian Health Center

1333 Meridian Avenue
San Jose, CA 95125
(408) 445-3400

San Jose Foothill Family Community Clinic

660 Sinclair Drive
San Jose, CA 95116
(408) 729-4282

Washington Neighborhood Health Clinic

100 Oak Street
San Jose, CA 95110
(408) 295-0980

Gardner Family Health Network:

CompreCare Health Center

3030 Alum Rock Avenue
San Jose, CA 95127
(408) 259-8400

Gardner Health Center

195 East Virginia Street
San Jose, CA 95112
(408) 918-5500

St. James Health Center

55 East Julian Street
San Jose, CA 95112
(408) 918-2600

Gardner South County Health Center

7526 Monterey Street
Gilroy, CA 95020
(408) 848-9400

Mayview Community Health Centers:

Columbia Neighborhood Center

785 Morse Avenue
Sunnyvale, CA 94085
(408) 523-8150

Mayview Community Health Center at Mountain View

100 North Moffett Blvd., Suite 101
Mt. View, CA 94043
(650) 965-3323

Planned Parenthood:

Planned Parenthood, Blossom Hill

5440 Thornwood Drive, Suite G
San Jose, CA 95123
(408) 281-9777

Planned Parenthood, San Jose

1691 The Alameda
San Jose, CA 95126
(408) 287-7526

Mar Monte Community Clinic

2470 Alvin Avenue, Suite 80
San Jose, CA 95121
(408) 274-7100

Planned Parenthood, Sunnyvale

604 East Evelyn Avenue
Sunnyvale, CA 94086
(408) 739-5151

Planned Parenthood, Mt View

225 San Antonio Road
Mt. View, CA 94040
(650) 948-0807

South County

Hazel Hawkins Community Health Clinic

930 Sunset Drive, Building 3
Hollister, CA 95023
(831) 636-2664

Horario

(Office hours)

Mon - Fri – 8:00 am – 8:00 pm
Saturday - 8:15 am – 5:00 pm
Sunday – 8:15 am – 12:00 noon

Para solicitar un seguro de salud infantil gratis o de bajo costo, llamar al:

(To apply for free or low cost children's health insurance call)

Children's Health Initiative – 1 (800) 234-1317 ó 1 (888) 244-5222

Child Health & Disability Prevention Program – (408) 494-7410

Medi-Cal Eligibility – (408) 271-5600