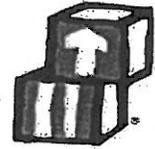


Si usted tiene alguna pregunta de como completar esta aplicacion contacte su oficina local de Head Start o la Oficina Central



CSRA EOA INC., HEAD START
1261 GREENE STREET
P.O. BOX 10104
Augusta, Georgia 30903-2704
706-722-0493



POR FAVOR NO ESCRIBA EN ESTE BLOQUE

APLICACION DE RECLUTAMIENTO

Child Plus ID # _____

1. Nombre Legal del Nino: Apellido _____		Primer Nombre _____		Inicial del Nombre del medio _____	
2 Numero de Seguro Social _____		Fecha de Nacimiento _____		4. Raza: _____ Sexo: Masculino o Femenino	
5. Direccion _____		Ciudad _____		Estado _____	
				Codigo postal _____	
				Condado _____	
6. Nino vive con _____ O= Un Padre _____ T= Dos Padres _____ F= Padre con custodia temporal _____ Guarda Legal (Por favor provea verificacion)					
7. Nombre de la Madre (Vive con el Nino _____ Si _____ No)			8. Direccion _____		
9. Ciudad _____		Estado _____		Codigo Postal _____	
				Condado _____	
10. Numero de telefono: Casa _____			Mensaje _____		
11. Nombre del padre (Vive con el Nino _____ Si _____ No)			12. Direccion _____		
13. Ciudad _____		Estado _____		Codigo Postal _____	
				Condado _____	
14. Numero de telefono: Casa _____			Mensaje _____		
15. Guarda legal (Vive con el Nino _____ Si _____ No)			16. Direccion _____		
17. Ciudad _____		Estado _____		Codigo Postal _____	
				Condado _____	
19. Recibes TANF? Si _____ No _____		Recibes WIC? Si _____ No _____		20 Tiene el nino alguna discapacidad que usted sospeche? _____ Si _____ No	
Recibes SSI? Si _____ No _____					
21. Lenguaje que se habla en la casa _____			22. Tiene el nino alguna discapacidad diagnosticada por el Doctor? _____ Yes _____ No		
Lenguaje que habla el nino _____			Nombre del Doctor _____		
23. Alguna Crisis Familiar especifica? _____ Si _____ No (Explique)					
24. Tiene el nino algun problema de salud diagnosticado? _____ Yes _____ No Se necesita verificacion del diagnostico del Doctor.					
25. De el numero de personas: En la familia _____		Numero de Ninos _____		Numero de ninos de 6 años o menos _____	
Padres/Guarda		Fuente de Ingreso		Cantidad	
				Fecha de Cumpleanos	
				Numero de Seguro Social	

Para poder procesar esta aplicacion la siguiente informacion es requerida:

1. Certificado de Nacimiento Certificado
2. Verificacion de Ingresos (Forma W-2, copia de Declaracion de Impuestos, Carta de Beneficios TANF/ Welfare, SSI)
3. Certificado de Vacunas (Forma 3231)

CERTIFICACION: Certifico que esta informacion es correcta. Si cualquiera parte es falsa, mi participacion en este program puede ser terminado y podran proceder con accion legal en mi contra. Tambien entiendo que la informacion en esta aplicacion es estrictamente confidencial dentro de la agencia y esta accesible a mi durante las horas normal de trabajo.

Firma del Padres/Guarda Legal _____ Fecha _____

Firma del empleado que verifica la informacion _____ Fecha _____

HISTORIAL MEDICO DEL NIÑO

FORM. 3, SELECCION, EXAMEN FISICO/EVALUACION

PARTE I. A SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE HEAD START O SUMINISTRADOR DE CUIDADO DE SALUD ANTES DEL EXAMEN FISICO/EVALUACION

NOMBRE DEL NIÑO: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 CENTRO HEAD START: _____ TELEFONO: _____
 DIRECCION: _____

1. INFORMACION RELEVANTE (del Historial de la Salud, Observaciones del Padre/Maestro):
 2. PRUEBAS DE SELECCION. Los puntos con (*) son requeridos por Head Start y recomendados por la Academia de Pediatría para niños de 3-5 años. Anote las fechas si se ha hecho previamente. Al anotar los resultados, ponga como mínimo, "N", "S", o "A" para NORMAL, SOSPECHADO, O NO TIPICO/ANORMAL, repectivamente.

	FECHA	RESULTADOS	PRUEBA	FECHA	RESULTADOS
a. EDAD ACTUAL*		_____ AÑOS _____ MESES	g. VISION (Tipo de Prueba)* ACUIDAD, R/L _____ REEVALUACION _____ ESTRABISMO _____ COMENTARIOS _____		
b. ESTATURA (sin zapatos, la más cercana hasta 1/8 de pulgada)			n. OTRAS PRUEBAS (si son indicadas)		
c. PESO (ropa liviana, la más cercana hasta 1/4 de libra)*			(1) TB _____		
d. PRESION SANGUINEA			(2) Células Falciformes _____		
e. HEMOCRATICO O HEMOGLOBINA*			(3) Plomo _____		
f. AUDICION (Tipo de Prueba)* RESULTADOS, R/L _____ RESELECCION _____ COMENTARIOS _____			(4) Ova y Parásitos _____		
			(5) Analisis de la orina _____		
			(6) Otro _____		

PARTE II. A SER COMPLETADO POR EL SUMINISTRADOR DE CUIDADO DE SALUD DURANTE Y DESPUES DEL EXAMEN FISICO/EVALUACION

3. EXAMEN/EVALUACION FISICA. Complete y devuelva a Head Start las tres copias de arriba.

	NORMAL	ANORMAL	NO EVA.	COMENTARIOS (Utilice una hoja adicional si es necesario)
a. APARENCIA GENERAL				
b. POSTURA Y MODO DE CAMINAR				
c. HABLA				
d. CABEZA				
e. CUTIS				
f. OJOS: (1) Aspectos externos				
(2) Fondo Optico				
(3) Examen				
g. OREJAS: (1) Exterior y Canales				
(2) Membranos Timpánicos				
h. NARIZ, BOCA, FARINGE				
i. DIENTES				
j. CORAZON				
k. PULMONES				
l. ABDOMEN (Incluyendo hernia)				
m. PARTES GENITALES				
n. HUESOS, ARTICULACIONES, MUSCULOS				
o. NEUROLOGICO/SOCIAL				
(1) Destrezas motoras globales				
(2) Destrezas motoras finas				
(3) Destrezas de la comunicación				
(4) Cognitiva				
(5) Destrezas de auto-ayuda				
(6) Destrezas sociales				
p. GLANDULAS (Linfático/tiroides)				
q. COORDINACION MUSCULAR				
r. OTRO				
s. MANIFESTACION GENERAL SOBRE EL ESTADO FISICO DEL NIÑO:				

Firma: _____ Fecha _____

4. RESULTADOS, TRATAMIENTOS, Y RECOMENDACIONES

RESULTADOS/DIAGNOSTICO ANORMAL	PLAN DE TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO RECOMENDADO O RESULTADOS (Ponga sus iniciales cuando lo complete)	FECHA
a.			
b.			
c.			
d.			

