

**Aviso de Información Necesitada para Programa Basado en el Hogar**

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del niño \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Personal de Programa Basado en el Hogar \_\_\_\_\_

Estimado Padre de Familia o Guardián,

Las regulaciones estatales y federales requieren que los niños matriculados en el programa de Head Start tengan:

- A. Todas las inmunizaciones actualizadas o al día antes de la matriculación. **Si las inmunizaciones no están actuales/al/día, su niño no podrá asistir a las socializaciones.**
- B. Un examen físico **dentro de 90 días de la matriculación** con un aclaramiento válido de TB. Los exámenes físicos deben de completarse al nacer, cada 2 meses de 1 a 6 meses de edad, cada 3 meses de 6-17 meses, una vez entre 18-23 meses, luego anualmente desde los 2 años.
- C. Un examen dental dentro de 90 días para Head Start Migrante y 90 días para Head Start Regional. Se debe recibir el tratamiento cuando el doctor o dentista haciendo el examen identifique problemas.

Nuestros archivos indican que le hace falta a su niño lo siguiente:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inmunización de HIB   | <input type="checkbox"/> Resultados de Nivel de Plomo (resultados actuales o pasados) |
| <input type="checkbox"/> Inmunización de Hep A   | <input type="checkbox"/> Asma (Papeleo para que firme el doctor)                      |
| <input type="checkbox"/> Inmunización de Hep B   | <input type="checkbox"/> Resultados de HGB/HCT  |
| <input type="checkbox"/> Inmunización de DTP   | <input type="checkbox"/> Archivos de Seguimiento de Tratamiento Médico                |
| <input type="checkbox"/> Inmunización de MMR   | <input type="checkbox"/> Historial de Salud   |
| <input type="checkbox"/> Inmunización de Polio   | <input type="checkbox"/> Examen/Tratamiento Dental                                    |
| <input type="checkbox"/> Inmunización de Varicela  | <input type="checkbox"/> Otro _____   |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de TB por el médico y/o Examen de Piel de TB (Con comprobante de resultados) |   |
| <input type="checkbox"/> Examen Físico (Completado dentro de 90 días de la matriculación)                        |   |

Favor de llevar la información necesitada a la oficina para el \_\_\_\_\_ para que podamos mantener el expediente de salud de su niño actualizado.

Si los artículos solicitados no están al día, puede afectar la matriculación de su niño en otra opción de Head Start.

**Favor de comunicarse con su proveedor de cuidado de salud para una cita o con la enfermera de Head Start si requiere ayuda.**

\_\_\_\_\_  
Personal de Salud y Número de Contacto

\_\_\_\_\_  
Fecha