

## Hoja de Información del Niño

Nombre Del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_

Por favor responda a las siguientes preguntas al mejor de su habilidad. El propósito de esta hoja de información es para proporcionar el apoyo necesario para usted y su niño durante su inscripción en nuestro programa.

Si usted responde "Sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, por favor especificar/explicar.

- | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                | <b>Desarrollo Social y Emocional</b>  |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene su hijo un IFSP o IEP actual? _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo? _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Recibe su hijo servicios proveídos por un profesional de salud mental? _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Recibe su hijo servicios proporcionados fuera del programa Head Start? _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Su hijo necesita adaptaciones especiales mientras asista a nuestro programa? (Es decir, catéter, sonda de gastrostomía, gafas, refuerzos de pierna etc.) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted o su hijo han experimentado recientemente un evento traumático? _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Su hijo ha sido entrenado para usar el baño? _____   |

- | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                | <b>Salud y Nutrición</b>  |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Su hijo tiene alguna alergia? _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Su hijo tiene necesidades dietéticas especiales? _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Su hijo va a necesitar medicamento durante las horas del programa (por ejemplo, inhalador, Epi-pen, etc.)? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene otras preocupaciones médicas acerca de su hijo? _____  |

Por favor comparta cualquier otras preocupaciones u observaciones que tenga: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Gerencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha dada a salud/discapacidad o personal apropiado: \_\_\_\_\_