

CUIDADO Y EDUCACIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS FORMULARIO DE REFERENCIA Y RECLUTAMIENTO



Por favor regrese este formulario a:

Abajo se encuentra una lista de varias opciones de programas de alta calidad para cual su niño/a puede ser elegible. La meta de este formulario es identificar la mejor opción para su niño/a y familia.

Por favor marque todos los programas que le interese:

- Programa Pre-Kinder de Nash/Rocky Mount
- Programa Pre-Kinder del Condado de Edgecombe
- Programa Pre-Kinder NC Pre-K
- Programa Head Start
- Programa de Subsidio de Guardería Smart Start/Down East Partnership for Children
- Departamento de Servicios Sociales (DSS) Subsidio para Guardería
- Cualquier programa para el cual califique

Para participar en estos programas, su niño/a debe haber cumplido 4 años para el día 31 de Agosto o antes.

Por favor incluya lo siguiente:

- Complete un formulario de información para cada niño/a que necesite servicios.
- Certificado de nacimiento oficial
- Provea comprobantes por 2 meses de los padres/guardianes que viven en el hogar con el niño/a o un formulario de ingresos firmado por el empleador.
- Documentación por escrita de cualquier otra fuente de ingreso: WFFA, Seguro Social (SSA), SSI Discapacidad, Pensión para Manutención del niño/a, etc.
- Dos (2) pruebas de residencia
- Horario escolar de los padres/guardianes que están asistiendo a la escuela.

Por favor verifique toda la información para asegurarse que el formulario ha sido completado. Debe firmar abajo.

Los Programas de Cuidado y Educación Temprana para Niños que pueden recibir una copia de este formulario incluye:

- Subsidio para Guardería del Departamento de Servicios Sociales
- Programa Head Start
- Programa Pre-Kinder NC Pre-K
- Programa Pre-Kinder de las Escuelas Públicas
- Programa de Subsidio de Guardería Smart Start/Down East Partnership for Children
- Los Departamento de Salud de los Condados de Edgecombe o Nash

Doy permiso para que mi niño/a sea evaluado y referido a alguno de los Programa de Cuidado y Educación Temprana para Niños enlistados arriba, enviando una copia de este formulario al programa apropiado y cualquier otra información necesaria. Los representantes de cualquiera de las agencias de Cuidado y Educación Temprana para Niños tienen mi permiso para confirmar toda la información en este formulario.

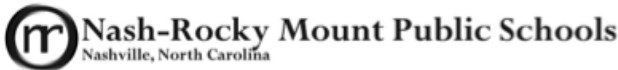
Entiendo que puedan requerir información adicional después que se haya determinado la elegibilidad para alguno de los programas.

Yo certifico que toda la información suministrada es cierta y correcta y que todo los ingresos han sido reportados lo mejor de mis habilidades.

Firma de la Persona completando este formulario: _____ **Fecha:** _____
**Si firma un representante legal, documentación de tutela será requerida.*

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE:

Lista de Espera: _____ Nombre de Niño/a: _____ Fecha de Aplicación: ___/___/___ Año Escolar: _____



INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Nombre			
Relación con el niño/a	<input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> guardián/tutor <input type="checkbox"/> otro: _____	¿Viven con usted los niños para los cual esta aplicando?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, niño/a vive con: _____
Dirección Física	Calle, Ciudad, Estado, Código Postal	Dirección de Correo <i>Si es diferente a la física</i>	Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal
¿Cuántas direcciones diferentes han tenido usted y su niño/a durante el pasado año?		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> 6-7 <input type="checkbox"/> 8 o mas	
Número Telefónico del Hogar		Número de Celular	
Condado en que vive: <input type="checkbox"/> Nash <input type="checkbox"/> Edgecombe		Distrito Escolar en que vive: <input type="checkbox"/> ECPS <input type="checkbox"/> NRMPs	
Su Fecha de Nacimiento* _____		Su Número de Seguro Social* _____	
*Requerido por Subsidio de Guardería Smart Start/ DEPC solamente		* Requerido por DSS solamente	
Estado Marital	<input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Separada(o) <input type="checkbox"/> Divorciada(o) <input type="checkbox"/> Viuda(o)		
Nivel de Educación	<input type="checkbox"/> Asistiendo a Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Dejó Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de Escuela Secundaria o GED <input type="checkbox"/> En Colegio <input type="checkbox"/> Graduado de Colegio <input type="checkbox"/> Licenciatura Superior		

INFORMACIÓN ESCOLAR

¿Esta actualmente matriculado en la escuela, colegio o en un programa de GED ú otro entrenamiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Si su repuesta es sí, nombre de la escuela o programa: _____	
¿Por cuántas horas? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (12 horas o mas) <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (menos de 12 horas)	¿Está tomando clases en el colegio a través del Internet? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Si esta asistiendo a la escuela o a un entrenamiento, provea un horario de clases junto con este formulario.

INFORMACIÓN DE EMPLEO/INGRESOS

Empleador		<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado
Número Telefónico del Empleador: _____	Fecha que fué contratado: _____	
Número de horas que trabaja semanalmente: _____	¿Cuan a menudo le pagan? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	
¿Cuánto cobra cada mes sin contar horas extras y antes de que le saquen los impuestos? \$		
¿Recibe su familia ayuda de parte del Programa de Alimento y Nutrición (Estampillas de Alimento)?* <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
*Para uso de DSS solamente		

Debe proveer comprobantes por 2 meses de ingresos o pedir que su empleador llene el formulario de ingresos que se provee con esta aplicación.

INFORMACIÓN SOBRE PADRE/MADRE/GUARDIAN ADICIONAL

¿Vive otro padre/madre o guardián en el hogar con su niño/niños? SI NO

Si la respuesta es sí, por favor complete la siguiente información sobre esta persona:

Nombre de la Segunda Persona			
Relación al niño/a	<input type="checkbox"/> madre	Fecha de Nacimiento* _____	Numero de Seguro Social* _____
	<input type="checkbox"/> padre		
	<input type="checkbox"/> guardián/tutor		* Requerido por DSS solamente
	<input type="checkbox"/> otro: _____		

Estado Marital	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
Nivel de Educación	<input type="checkbox"/> Asistiendo a Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Dejó Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de Escuela Secundaria o GED		
	<input type="checkbox"/> En Colegio <input type="checkbox"/> Graduado de Colegio <input type="checkbox"/> Licenciatura Superior		

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA SOBRE LA SEGUNDA PERSONA

¿Esta actualmente matriculado en la escuela, colegio o en un programa de GED o otro entrenamiento? SI NO

Si su respuesta es sí, nombre de la escuela o programa: _____

¿Por cuántas horas?

Tiempo Completo (12 horas o mas)

Tiempo Parcial (menos de 12 horas)

¿Está tomando clases en el colegio a través del Internet?

SI

NO

INFORMACIÓN DE INGRESO DE LA SEGUNDA PERSONA

Empleador		<input type="checkbox"/> Desempleado
		<input type="checkbox"/> Discapacitado
Número Telefónico de Empleador: _____	Fecha en que fue Contratado: _____	
Número de horas que trabaja semanalmente: _____	¿Cuan a menudo le pagan? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	
¿Cuánto cobra cada mes sin contar horas extras y antes de que le saquen los impuestos? \$	_____	
¿Recibe su familia ayuda de parte del Programa de Alimento y Nutrición (Estampillas de Alimento)?* <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <small>*Para uso de DSS solamente</small>		

Debe proveer comprobantes por 2 meses de ingresos o pedir que su empleador llene el formulario de ingresos que se provee con esta aplicación.

INFORMACIÓN ADICIONAL DE INGRESOS

Escriba la cantidad de ingresos que recibe de las siguientes fuentes de ingreso – escriba \$0 si no se recibe algo.

	Cantidad Por Mes	Persona que lo Recibe	Debe proveer documentación por escrita de todas las fuentes de ingresos adicionales.
WFFA (Work First)	\$		
Seguro Social	\$		
Cheque de Suplemento de seguro social por una discapacidad	\$		
Manutención de los Hijos <input type="checkbox"/> Por Orden Judicial <input type="checkbox"/> Directamente	\$		
SSA (Administración de Seguro Social)	\$		
Beneficios de Desempleo	\$		
Segundo Trabajo	\$		
Otro: _____	\$		

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Por favor anote todas las personas que viven en la dirección que proveyó en la primera página.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Niño/a	Necesidades Especiales (si/no)
<i>Por ejemplo: Joe Smith</i>	<i>1/1/1988</i>	<i>Padre</i>	<i>No</i>

Número total de los miembros de la familia: _____

¿Tiene transportación para llevar y traer diariamente a su niño/a a la guardería o clase preescolar? SI NO

¿Están alguno de los padres sirviendo activamente en el servicio militar? SI NO

¿Que lenguaje se habla en el hogar la mayor parte del tiempo? _____

¿Le hace falta a su familia una residencia permanente donde pasar la noche? SI NO

Esto puede incluir el compartir la vivienda con otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o alguna razón similar, vivir en un hotel, motel, área de camping, refugio de emergencia o temporal o esperando por una colocación de padres temporales.

Por favor marque cualquiera de las siguientes situaciones familiares difíciles que haya tenido durante el año pasado:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Horas de trabajo reducidas o descansado del trabajo | <input type="checkbox"/> Dificultades físicas o enfermedades crónicas |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias | <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Encarcelamiento | <input type="checkbox"/> Violencia domestica |
| <input type="checkbox"/> Informe de abuso y/o negligencia de niños | |

INFORMACIÓN SOBRE EL PRIMER NIÑO/A



Por favor complete un formulario para cada niño/a que necesite servicios.

Nombre Completo del Niño/a (como aparece en el certificado de nacimiento)	
Fecha de Nacimiento del Niño/a	
Número de Seguro Social del Niño/a	
Genero del Niño/a	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza del Niño/a (marque todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Otro _____
Lenguaje del Niño/a	Si su niño/a ha empezado a hablar, ¿en qué lenguaje se comunica? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
Estado Familiar	Este niño/a vive con: <i>marque solo uno</i> <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre y padre <input type="checkbox"/> guardián/tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE NIÑOS

¿Alguna vez ha asistido o ha estado inscrito su niño/a en una guardería? SI NO

Si su respuesta es sí, ¿cual es el nombre del centro preescolar o guardería? _____

¿Qué tiempo lleva su niño/a asistiendo allí? _____ Años _____ Meses

En la actualidad, ¿esta recibiendo asistencia financiera para el cuidado de su niño/a? SI NO

Si su respuesta es sí, nombre de la agencia: _____

¿Está actualmente en una lista de espera para subsidio de una guardería? SI NO Si su respuesta es sí, ¿dónde? _____

NECESIDADES ESPECIALES Y SERVICIOS

¿Ha recibido su niño/a alguno de los siguientes servicios durante el pasado año?:

IFSP (Plan de Servicios Familiar Individualizado): SI NO No se

CDSA (Agencia de Servicios para el Desarrollo Infantil): SI NO No se

IEP (Plan Educativo Individualizado): SI NO No se

Padre/madre incapaz de cuidar al niño/a debido a problemas mentales o de salud: SI NO No se

Cuidado de Padres Substitutos (Foster Care): SI NO No se

¿Tiene su niño/a seguro médico? Medicaid Seguro Privado Ningún seguro

¿Tiene su niño/a alguna dificultad educativa o con el desarrollo? SI NO No se

Si su respuesta es sí, explique: _____

¿Tiene su niño/a alguna dificultad física o enfermedad crónica? (Por ejemplo: parálisis cerebral, asma)

SI NO No se Si su respuesta es sí, explique: _____

¿Le gustaría que alguien se comunicó con usted sobre cualquier preocupación que tenga acerca de su niño/a?

SI NO Si su respuesta es sí, explique su preocupación:

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGUNDO NIÑO/A



Por favor complete un formulario para cada niño/a que necesite servicios.

Nombre Completo del Niño/a (como aparece en el certificado de nacimiento)	
Fecha de Nacimiento del Niño/a	
Número de Seguro Social del Niño/a	
Genero del Niño/a	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza del Niño/a (marque todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Otro _____
Lenguaje del Niño/a	Si su niño/a ha empezado a hablar, ¿en que lenguaje se comunica? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
Estado Familiar	Este niño/a vive con: <i>marque solo uno</i> <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre y padre <input type="checkbox"/> guardián/tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE NIÑOS

¿Alguna vez ha asistido o ha estado inscrito su niño/a en una guardería? SI NO

Si su respuesta es sí, ¿cual es el nombre del centro preescolar o guardería? _____

¿Qué tiempo lleva su niño/a asistiendo allí? _____ Años _____ Meses

En la actualidad, ¿esta recibiendo asistencia financiera para el cuidado de su niño/a? SI NO

Si su respuesta es sí, nombre de la agencia: _____

¿Está actualmente en una lista de espera para subsidio de una guardería? SI NO

Si su respuesta es sí, ¿dónde? _____

NECESIDADES ESPECIALES Y SERVICIOS

¿Ha recibido su niño/a alguno de los siguientes servicios durante el pasado año?:

IFSP (Plan de Servicios Familiar Individualizado): SI NO No se

CDSA (Agencia de Servicios para el Desarrollo Infantil): SI NO No se

IEP (Plan Educativo Individualizado): SI NO No se

Padre/madre incapaz de cuidar al niño/a debido a problemas mentales o de salud: SI NO No se

Cuidado de Padres Substitutos (Foster Care): SI NO No se

¿Tiene su niño/a seguro médico? Medicaid Seguro Privado Ningún seguro

¿Tiene su niño/a alguna dificultad educativa o con el desarrollo? SI NO No se

Si su respuesta es sí, explique: _____

¿Tiene su niño/a alguna dificultad física o enfermedad crónica? (Por ejemplo: parálisis cerebral, asma)

SI NO No se Si su respuesta es sí, explique:

¿Le gustaría que alguien se comunicó con usted sobre cualquier preocupación que tenga acerca de su niño/a?

SI NO Si su respuesta es sí, explique su preocupación:

FORMULARIO DE INGRESOS

Cuidado y Educación Temprana para Niños/Formulario de Referencia y Reclutamiento

(solamente si está aplicando para subsidio de guardería/beca de Smart Start/ DEPC o con DSS)

Para poder determinar elegibilidad para subsidio de DSS o de DEPC Smart Start, es necesario que provea prueba de ingresos.

Para **cada** padre/guardián, si no tiene comprobantes por favor pídale a su **empleador actual que complete y firme** el siguiente formulario. Por favor anote los ingresos **antes de sacar impuestos** de los 2 meses anteriores al mes actual.

Name Parent/ Guardian #1: _____

Employer Name: _____ Employer Phone #: _____

How often paid: Weekly Every two weeks Monthly Bi-Monthly

Please complete: (Use last 2 months pay periods)

Date of Pay (Received)	Gross Pay (before deductions)	# of hours worked (per pay period)	# of overtime hours	Overtime Pay

Employer's Signature: _____ Date: _____

Employer/Company: _____

Name Parent/ Guardian #2: _____

Employer Name: _____ Employer Phone #: _____

How often paid: Weekly Every two weeks Monthly Bi-Monthly

Please complete: (Use last 2 months pay periods)

Date of Pay (Received)	Gross Pay (before deductions)	# of hours worked (per pay period)	# of overtime hours	Overtime Pay

Employer's Signature: _____ Date: _____

Employer/Company: _____

**NASH/EDGEcombe
PRE-KINDERGARTEN HEALTH ASSESSMENT REPORT**

PARENT COMPLETE

Personal Data *Please bring your child's shot records with you to this visit*

Please Print Clearly – See other side for more required information. Please present completed form to your child's school.

Child's Name: _____ (Last) _____ (First) _____ (Middle) _____ Birth Date: ____ / ____ / 20 ____ (mm/dd/yyyy)

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

- Yes No
- Are you concerned about your child's health, weight, development, or behavior?
 - Does anyone in your family have a condition that has affected their health, weight, development, or behavior? (Please explain in the comments section)
 - Has your child been seen by a provider for any health, weight, development, or behavior concern?
 - Has your child had a dental exam by a dentist in the last 12 months?
 - Has your child had a well-child visit or check-up in the last 12 months?

Comments: _____

Parent/Guardian Name: _____ Phone: _____

Parental Consent: I agree to allow my child's health care provider and school personnel to discuss information on this form and allow the Department of Health and Human Services to collect and analyze information from this form to better understand health needs of children in NC. Signature: _____ Date: _____

Recommendations to School Personnel Based on Health Assessment

No Recommendations, Concerns, or Needs Requesting School Follow Up

Medication Child takes medication for specific health conditions List Medications: 1. _____ 3. _____

Allergy Food: _____ Insect: _____ Medicine: _____ Other: _____ None

Developmental Concerns Identified – Child needs referral to school support team for further evaluation. (See comments below) Epinephrine Auto-Injector Other: _____ None

Special Diet Guidance: _____

Health-Related Recommendations to Enhance School Performance (For example: siting near the front of classroom, special equipment needs).
Please specify: _____

School Health Forms Attached School Medication Authorization Form Diabetes Care Plan Asthma Action Plan Health Care Plan(s) List Condition _____

Comments: _____

Was this assessment completed in the child's regular health care provider's office? Yes No
If no, please provide a copy to the child's parent to give to the child's regular health care provider.

Health Care Provider's Certification – Attach a copy of the immunization record. Complete ALL screenings.

I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge. _____
Provider Stamp Here

Provider's Name: _____ Date: _____

Provider's Signature: _____

Practice/Clinic Name: _____

Practice/Clinic Address: _____

Practice Phone: _____ Fax: _____

HEALTH CARE PROVIDER COMPLETE

PARENT COMPLETE

Personal Data

Child's Birth Date: ___/___/20___ (mm/dd/yyyy) Race: 1 Other Non-White 2 White 3 Black 4 American Indian 5 Chinese
 County of Residence: _____ Zip Code: _____ 6 Japanese 7 Hawaiian 8 Filipino 9 Other Asian 10 Unknown
 School your child will be attending: _____ Sex: 1 Male 2 Female Hispanic or Latino Origin: 1 Yes 2 No
 Child has: 1 Medicaid 2 Private Insurance/HMO 3 No Insurance 4 Other: _____
 Place where your child gets regular health care: 1 Health Department 2 Hospital Clinic 3 Community Health Center 4 Private Doctor/HMO 5 Other: _____ 6 No regular place
 Doctor/Practice Name: _____ Dentist Name: _____

Date of Health Assessment: ___/___/___ - Assessment must be completed no more than 12 months prior to child's first day of Pre-K
The health assessment must be conducted by a physician licensed to practice medicine, a physician's assistant as defined in General Statute 90-18, a certified nurse practitioner, or a public health nurse meeting the state standards for Health Check Services.

Immunizations – Attach a copy of the immunization record.

Pertinent Illnesses, Risks or Developmental Problems: (Please check all that apply)

Allergy Cerebral Palsy Enuresis (Daytime) Obesity Tuberculosis At-Risk for TB
 Anemia At-Risk for Anemia Cystic Fibrosis Genetic Disorders Orthopedic Conditions Vision Disorders
 Asthma Dental Conditions Heart Conditions Prematurity (<32 wks. EGA) Other: _____
 Attention/Learning Diabetes Hearing Disorders Seizures/Convulsions None
 Bleeding Disorder Emotional/Behavioral Kidney Disorders Sickle Cell Anemia Trait
 Cancer/Leukemia Encopresis Lead (Hx of >10 mcg/dL) At-Risk Test Done Speech/Language

Screening Results – Screenings MUST be completed and scored for ALL children who may be enrolling in an NC Pre-K program.

Developmental		Hearing			Vision																			
<p>Screening Tool(s) Used: <input type="checkbox"/> 1 PEDS <input type="checkbox"/> 4 PSC <input type="checkbox"/> 2 ASQ <input type="checkbox"/> 5 ASQ-SE</p> <p>Developmental Domains:</p> <p>Emotional/Social: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Problem Solving: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Language/Communication: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Fine Motor Skills: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Gross Motor Skills: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Comments: _____</p>	<p>Within Concern Referred to Normal Identified Specialist</p> <table border="1"> <tr> <td>Hearing</td> <td>1000 Hz</td> <td>2000 Hz</td> <td>4000 Hz</td> </tr> <tr> <td>Right</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Left</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box. Refer means any failure at any frequency in either ear at >20dB.</p> <p>Screening Tool Used: <input type="checkbox"/> 1 OAE <input type="checkbox"/> 2 Audiometry</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pass <input type="checkbox"/> 2 Scheduled for re-screen due to middle ear fluid. Re-screen apt. in _____ weeks. <input type="checkbox"/> 3 Referral to audiologist/ENT (check if YES) <input type="checkbox"/> 4 Child has previously diagnosed hearing loss. Screening is not necessary.</p>	Hearing	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	Right				Left				<p>Please remember that vision screening is not a substitute for a comprehensive eye examination.</p> <table border="1"> <tr> <td>Right</td> <td>Left</td> <td>Stereopsis</td> <td><input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail</td> </tr> <tr> <td>Far: 20/</td> <td>20/</td> <td>Acuity Test Used:</td> <td></td> </tr> </table> <p>Was test performed with corrective lenses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pass (Acuity, Stereopsis, & Symptoms) <input type="checkbox"/> 2 Referral to eye doctor (check if YES) Refer if worse than 20/40 in either or both eyes, a two line difference between eyes, unable to test, failed stereopsis, or signs of disease. <input type="checkbox"/> 3 Child has a diagnosed vision condition and has had an eye exam in the last 12 months. Screening is not necessary.</p>			Right	Left	Stereopsis	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Far: 20/	20/	Acuity Test Used:	
Hearing	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz																					
Right																								
Left																								
Right	Left	Stereopsis	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail																					
Far: 20/	20/	Acuity Test Used:																						

HEALTH CARE PROVIDER COMPLETE

Physical Examination

Weight: _____ lbs. Height: _____ ft. _____ in.
 Body Mass Index (BMI) – for age: _____
 1 Underweight (< 5%ile)
 2 Healthy Weight (5%ile to < 85%ile)
 3 Overweight (85%ile to < 95%ile)
 4 Obese (>95%ile)
 Blood Pressure: _____ / _____
 1 Within Normal Range 2 >90th percentile (_____%ile)

	Normal	Abnormal
HEENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dental/Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Back/Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comments: _____