

Contact Information Sheet:

Parent Name: _____

Child/Children's Name and Age: _____

Phone Number: _____

This agreement does not guarantee an enrollment slot. Please return paperwork and contact a navigator at 716-366-8176 to schedule an intake and enrollment appointment with an ERSEA specialist.

Hoja de información de contacto:

Nombre de los padres: _____

Nombre y edad del niño/s: _____

Número de teléfono: _____

Este acuerdo no garantiza un espacio de inscripción. Devuelva la documentación y comuníquese con un navegador al 716-366-8176 para programar una cita de admisión e inscripción con un especialista de ERSEA.



**CHAUTAUQUA OPPORTUNITIES INC.
Early Education Services**



Enrollment Agreement

I am enrolling my child into Early Education services, and I agree to the following:

1. My child will attend daily (Monday- Friday) and I will notify COI staff if my child is absent for any reason no later than the next business day. I understand that excessive absences for reasons other than documented illness may result in my child being withdrawn from program and placed on the Wait List
2. I will provide ongoing documentation as required which includes but is not limited to:
 - Current physical exam
 - Dental exam
 - Immunization record
 - Birth certificate
 - Emergency contact Information including, names, address, and telephone numbers of responsible designees' that available to pick my child up during the program hours,
 - Medical emergency information,
 - Legal documents (security restrictions/custody paperwork)
3. I will update COI immediately if changes occur that include but not limited to; address, phone number, emergency contacts, employment status and/or childcare subsidy.
4. I will notify COI if I decide to withdraw my child.
5. I will participate in events, activities, meetings and spend time in the classroom with my child.
6. I understand that I am a member of the parent committee and I have an opportunity to become a policy council member. As policy council member I would take an active role in the decision making, including staffing and procedural approvals.
7. I give permission to transport my child in an emergency to an emergency location if it is unsafe to remain at the childcare facility.
8. I am aware that if my child attends a satellite site medication will not be administered by COI staff.
9. I am aware that all Head Start/Early Head Start staff members are mandated reporters of suspected child abuse and are responsible for reporting such incidents to Child Protective Services or the Police Department.
10. Head Start, Early Head Start and Early Head Start Child Care Partnership programs participate in the Child and Adult Care Food Program (CACFP) and provide a healthy breakfast, lunch, and afternoon snack at no cost to all children and adults enrolled in care. Program hours, if eligible, are between the hours of 7AM to 5PM.

I understand that my child will remain **enrolled until age 3 (EHS), up to age 5 (HS)** as determined by NY state as kindergarten eligible or child is withdrawn.

| Enrolled Children's Names | Address at time of Enrollment |
|---------------------------|-------------------------------|
| | |
| | |

Parent/Guardian _____
Print Name
Signature
Date

This form should be reviewed annually

| | | | |
|---------------|--|--------------------------|--|
| Reviewed Date | | Parent/Guardian Initials | |
| Reviewed Date | | Parent/Guardian Initials | |



CHAUTAUQUA OPPORTUNITIES INC. Early Education Services



Acuerdo de la inscripción

Estoy inscribiendo a mi hijo en los servicios de educación temprana y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Mi hijo asistirá cada día de funcionamiento y voy a notificar al personal de COI si mi hijo está ausente por cualquier razón, no más tardar el siguiente día. Entiendo que las ausencias excesivas por razones distintas de la enfermedad documentada pueden dar lugar a mi hijo retirados del programa y se colocara en la lista de espera.
2. Proporcionare todas las documentaciones necesarias
Esto incluye:
 - Examen físico
 - Exámenes dentales
 - Expedientes de la inmunización
 - Certificado de nacimiento
 - Contactos de emergencia incluyendo, nombres, dirección y número de teléfonos de los responsables representantes disponibles para recoger a su niño durante las horas del programa.
 - Información de emergencia medica
 - Documentos legales (restricciones de seguridad/documentos de custodia).
3. Informare al personal de COI inmediatamente de cualquier cambio, especialmente de dirección, número de teléfono, contactos de emergencia, situación de empleo/o cuidado de subsidio.
4. Informare a COI si decido retirar mi niño del programa.
5. Participare a los eventos, actividades y reuniones y pasar tiempo en el salón de mi niño.
6. Entiendo que soy un miembro del comité de padres y tengo la oportunidad de convertirme en un miembro del Consejo de Políticas. Como miembro Del Consejo de Políticas me gustaría tener un papel activo en la toma de decisiones, incluido el personal y aprobaciones de procedimiento.
7. Doy el permiso para transportar a mi niño a una localización de emergencia si es insegura permanecer en la facilidad del cuidado de niños.
8. Estoy de acuerdo que si mi niño asiste un programa satélite el medicamento no será administrado por un empleado de COI.
9. Soy consciente de que todos los miembros del personal de Head Start/Early Head Start son informantes obligados de sospecha de maltrato infantil y son responsables de informar tales incidentes a los Servicios de Protección infantil o al Departamento de Policía.
10. Los programas Head Start, Early Head Start y Early Head Start Child Care Partnership participan en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) y brindan un desayuno, almuerzo y merienda saludables sin costo para todos los niños y adultos inscritos en el cuidado. El horario del programa, si es elegible, es entre las 7 a. m. y las 5 p. m.

Entiendo que mi hijo permanecerá inscrito hasta los 3 años (EHS), hasta los 5 años (HS) según lo determine el estado de Nueva York como elegible para jardín de infantes o si el niño es retirado.

| Nombres de niños matriculados | Dirección en el momento de la inscripción |
|-------------------------------|---|
| | |
| | |

Padre/Tutor _____
Nombre de impresión
Firma
Fecha

Este formulario debe ser revisado anualmente

| | | | |
|-------------------|--|---------------------------|--|
| Fecha de revisión | | Iniciales del padre/tutor | |
| Fecha de revisión | | Iniciales del padre/tutor | |



CHAUTAUQUA OPPORTUNITIES, INC.

A COMMUNITY ACTION PARTNERSHIP



Throughout the year, COI may take pictures of children and families involved in its services. These images may be used publication and distribution of brochures, fliers, news articles, reports, public relation materials, social media, etc. In order to display and/or publish these pictures and videos, COI needs permission from those being photographed or videotaped.

Please complete the Permission to Photograph form below.

**Chautauqua Opportunities, Inc.
PERMISSION TO PHOTOGRAPH/VIDEO/PUBLISH**

I give permission to have pictures/videos of myself and/or my family members taken and understand the pictures/videos may be used in, newspapers, displays, social media or other types of publications for promotion and publicity. I also understand my name and my family members names may be used in the publications.

Yes, I, _____ may be photographed and my name can be used. *(Please Print)*

Yes, my minor child(ren) _____ may be photographed and their names (first names only) may be used. *(Please Print)*

No, I decline permission at this time.

I understand if at any time my decision changes regarding this permission, I must inform the Systems Compliance staff at Chautauqua Opportunities, Inc. by contacting:

(716) 366-3333 X1246
17 W. Courtney Street
Dunkirk, NY 14048

Signature of Person Being Photographed or
Parent/Guardian of Minor Child(ren)

Date



CHAUTAUQUA OPPORTUNITIES, INC.

A COMMUNITY ACTION PARTNERSHIP



Durante todo el año, COI puede tomar fotos de los niños y las familias que participan en sus servicios. Estas imágenes se pueden utilizar para la publicación y distribución de folletos, volantes, artículos de noticias, informes, materiales de relaciones públicas, redes sociales, etc. Para mostrar y / o publicar estas imágenes y videos, COI necesita el permiso de las personas fotografiadas o grabadas en video.

Por favor complete el formulario Permiso para fotografía de abajo.

**Chautauqua Opportunities, Inc.
PERMISO PARA FOTOGRAFÍA / VIDEO / PUBLICAR**

Doy permiso para que me tomen fotos / videos de mí y / o de los miembros de mi familia y entiendo que las fotos / videos pueden usarse en periódicos, exhibiciones, redes sociales u otros tipos de publicaciones para promoción y publicidad. También entiendo que mi nombre y los nombres de los miembros de mi familia pueden usarse en las publicaciones.

Si yo, _____ puedo ser fotografiado y mi nombre puede ser usado. *(Por favor imprimir)*

Si, mi (s) hijo (s) menor (es) _____ Pueden ser fotografiado y se pueden usar sus nombres (solo los primeros nombres). *(Por favor imprimir)*

No, rechazo el permiso en este momento.

Entiendo que si en algún momento mi decisión cambia con respecto a este permiso, debo informar al personal de cumplimiento de sistemas de Chautauqua Opportunities, Inc. comunicándome con:

(716) 366-3333 X1246
17 W. Courtney Street
Dunkirk, NY 14048

Firma de la persona fotografiada o
Padre / tutor del niño (s) menor (es)

Fecha



CHAUTAUQUA OPPORTUNITIES, INC.

A COMMUNITY ACTION PARTNERSHIP



Helping people. Changing lives.

RELEASE OF INFORMATION

I, _____, give my permission for Chautauqua Opportunities, Inc. (COI) to
(Parent/Guardian name)
(obtain/release) specific information on myself and my children (to/from) the following:

School of Next Placement

- Dunkirk Public Schools
- Jamestown City Schools
- Other district, please identify: _____
- If I relocate, records may be released to the new district

Information Obtained/Released:

- Verbal and/or Written Sharing of Information including Child / Family Demographic data
- Child Outcome Record / Report Card
- Medical Records: physical, immunization, dental
- Behavior Plan and progress record (when applicable)
- Special Education Classroom/Home Report (when applicable)

I understand that this information is being requested for the purpose of:

Transitioning my child _____ into the school of next placement.
(Child name)

I have been informed that in order to protect the confidentiality of records, my agreement to obtain or release information is necessary and that this permission is limited for the purposes and to the persons, programs and/or agencies listed above, and will be effective during the dates below. I understand records will be released to the appropriate school individual for the district in which I reside and that I may withdraw my permission at any time. I also understand that I may ask to see the information that is to be sent.

This consent shall be in effect from _____ to _____
Date Date

Signature of Parent or Guardian Date

Staff Signature Date



Connections North
10825 Bennett Road, Dunkirk, NY 14048
(716) 366-8176 FAX (716) 366-4502

Laughlin Community Action Center
402 Chandler St, Jamestown, NY 14701
(716) 661-9430 FAX (716) 661-9436





CHAUTAUQUA OPPORTUNITIES, INC.

A COMMUNITY ACTION PARTNERSHIP



Helping people. Changing lives.

PERMISO PARA INTERCAMBIA INFORMACION

Yo, _____, doy mi permiso para que Chautauqua Opportunities, Inc. (COI)
(Nombre del padre o representante legal)
(Obtenga/Libere) información específica de mi y mi hijo/a (de/a) lo siguiente:

Escuela de Colocación Siguiente:

- Escuela Pública de Dunkirk
- Escuelas Públicas de la Ciudad de Jamestown
- Otro distrito, por favor identificar: _____
- Si traslado, los registros pueden ser liberados al nuevo distrito

Información obtenida/liberada:

- El compartir verbal y/o escrito de la información incluyendo datos demográficos del niño/o familia
- Registro de los resultados del niño / Notas
- Records Medico: Físico, inmunización, dental
- Plan de Conducta y record del progreso (cuando corresponda)
- Clase de Educación Especial/Reporte de casa (cuando corresponda)

Entiendo que esta información es solicitada con el propósito de:

La transición de mi niño _____, para la escuela del próximo año.
(Nombre de niño)

He sido informado que para proteger la confidencialidad de los records, mi permiso para obtener o dar información es necesaria y que este permiso es limitado para los propósitos y a las personas, programas y/o agencias mencionadas arriba, y se hará efectiva durante las fechas abajo. Entiendo que me dirán el nombre, a el cual la información será enviada y que puedo retirar mi permiso en cualquier momento. También entiendo que puedo pedir para ver la información que será enviada.

Este consentimiento será efectivo desde _____ a _____
Fecha Fecha

Firma del Padre o Representante Legal _____ Fecha

Firma del Trabajador/a _____ Fecha



Connections North
10825 Bennett Road, Dunkirk, NY 14048
14701
(716) 366-8176 FAX (716) 366-4502

Laughlin Community Action Center
402 Chandler St, Jamestown, NY
(716) 661-9430 FAX (716) 661-9436



COI Children and Family services: EARLY HEAD START/HEAD START

HEALTH RELEASE OF INFORMATION

I, _____, give my permission for COI Health Services
(Parent/Guardian name)
to **obtain** needed information or **release** specific health information on my child to the following:

- Physician _____
 Dentist _____
 Other _____

Information Obtained/Released:

- Physical, Immunization Record, Hemoglobin, Lead Screening Results and any health/medical concerns
- Result of Dental Examination
- Current Medication Order
- Other: _____

As needed for: _____ Date of Birth ___/___/___
(Child's name)

To/From the Following:

COI Children and Family Services/ Head Start/ Early Head Start/ Early Head Start Child Care Partnership Other: _____

I understand that this information is being requested for the purpose of:

Enrollment of my child into Early Education / Health Services and development of an individual health care plan while my child is enrolled in services

I have been informed that in order to protect the confidentiality of records, my agreement to obtain or release information is necessary and that this permission is limited for the purposes and to the persons, programs and/or agencies listed above, and will be effective during the dates below. I understand that I will be told the name, to whom the information will be sent and that I may withdraw my permission at any time. I also understand that I may ask to see the information that is to be sent.

This consent shall be in effect from _____ to _____

Signature of Parent or Guardian

Date

Revised 11/28/2018

COI HEALTH SERVICES: EARLY HEAD START/HEAD START

PERMISO PARA INTERCAMBIAR INFORMACION DE SALUD

Yo, _____, doy mi permiso para que Chautauqua Opportunities,
(Nombre del padre o representante legal)
Inc. (COI) Servicios de salud obtenga/libere información específica de salud de mi hijo/a (de/a) lo siguiente:

- Médico _____
- Dentista _____
- Otro _____

Información obtenida/liberada:

- Físico, registro de vacunas, la hemoglobina, los resultados de plomo y cualquier problema de salud/medico
- Resultado del examen dental
- Orden de medicación actual
- Otro: _____

Según sea necesario para: _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___
(Nombre del niño/a)

A/De los siguientes:

COI Salud y Personal de Educación Temprana Otro: _____

Yo entiendo que esta información es solicitada con el propósito de:

La matriculación de mi niño en Servicios Temprano de Educación/Servicios de salud y desarrollo de un plan individual de asistencia médica mientras mi niño es matriculado en servicios.

He sido informado que para proteger la confidencialidad de los records, mi permiso para obtener o dar información es necesaria y que este permiso es limitado para los propósitos y a las personas, programas y/o agencias mencionadas arriba, y se hará efectiva durante las fechas abajo. Entiendo que me dirán el nombre, al cual la información será enviada y que puedo retirar mi permiso en cualquier momento. También entiendo que puedo pedir para ver la información que será enviada.

Este consentimiento será efectivo desde _____ a _____

Firma del Padre o Representante Legal

Fecha

COI HEALTH SERVICES: EARLY HEAD START/HEAD START SUPPLEMENTAL CHILD HEALTH HISTORY/HEALTH RECORD

Child Name: _____

Date of Birth: _____

Person Completing Form: _____

Date: _____

| PREGNANCY/BIRTH HISTORY | YES | NO | EXPLAIN "YES" ANSWERS |
|--|-----|----|--|
| Did mother have any health problems during pregnancy or delivery? | | | |
| Did mother visit physician fewer than 2 times during pregnancy? | | | |
| Was the child born more than 3 weeks early or late? | | | |
| What was the child's birth weight? | | | _____ lbs. _____ oz. |
| Did the child have any concerns at birth? Or shortly after? | | | |
| Is the mother pregnant now? | | | |
| If yes, has the mother established regular prenatal care? | | | |
| HOSPITALIZATIONS AND ILLNESSES | YES | NO | EXPLAIN "YES" ANSWERS |
| Has the child ever been hospitalized or operated on? | | | |
| Has the child ever had a serious accident or illness (broken bones, head injuries, falls, burns, poisoning, RSV)? | | | |
| HEALTH PROBLEMS | YES | NO | EXPLAIN (Use additional sheets if needed) |
| Vision: Does the child have difficulty seeing (squint, cross eyes, look closely at books)? | | | |
| Vision: Is the child wearing (or supposed to wear) glasses? | | | |
| Hearing: Does the child have any problems with their ears/hearing? For example: pain in the ear, frequent ear aches, discharge, rubbing or favoring of one ear? | | | |
| Does the child have PE Tubes (in ears) or did the child have PE tubes? | | | If yes, when? |
| Does the child have any allergy problems (Rash, itching, swelling, difficulty breathing, sneezing)? A. WHEN EATING ANY FOODS? _____ B. WHEN TAKING ANY MEDICATION? _____ C. WHEN NEAR ANIMALS, FURS, INSECTS, DUST, ECT? _____ | | | If "yes" What foods? _____ What medicine? _____ What things do they react to? _____ What does the reaction look like? _____ |
| Does the child have: Severe Asthma? _____, Diabetes? _____ | | | |
| Has the child ever had a convulsion or seizure (Epilepsy)? Is the child taking medication for seizures? | | | If "yes" ask: When was the last seizure? _____ What medicine? _____ |
| Does the child have frequent: Sore Throat _____, Chronic Cough _____, Urinary Infections or Trouble Urinating _____, Stomach Pain, Vomiting, Diarrhea _____? | | | |
| Has child had: Boils _____, Chickenpox _____, Eczema _____, Measles _____, Mumps _____, Scarlet Fever _____, Whooping Cough _____? | | | |
| Has child had _____ Hives, _____ Polio? | | | |
| Has child had: Bleeding Tendencies _____, Heart/Blood Vessel Disease _____, Liver Disease _____, Sickle Cell Disease _____? | | | |
| Have you ever noticed the child scratching his/her behind (rear end, anus, butt) while asleep? | | | |
| Is the child taking any medication now? (Special consent form must be signed for staff to administer any medication). | | | What medicine? _____ Will it need to be given while child is at EHS/HS? _____ How often? _____ |
| Is the child being treated by a physician or dentist now? | | | If yes, for what? |
| Does any medical condition get in the way of the child's everyday activities? Did a doctor or other health professional tell you the child has a medical problem? | | | Describe _____ When? _____ |
| FAMILY HISTORY & INFORMATION | YES | NO | EXPLAIN "YES" ANSWERS |
| Does a biological family member have a significant health concern? (mother, father, sibling) | | | |
| Is the child exposed to second hand smoke? | | | |

COI HEALTH SERVICES: EARLY HEAD START/HEAD START

HISTORIAL MEDICO DEL NIÑO

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona completando formulario: _____ Fecha: _____

| HISTORIAL DEL EMBARAZO/NACIMIENTO | SI | NO | EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SI" |
|--|-----|----|---|
| La madre tuvo problemas de la salud durante el embarazo o nacimiento? | | | |
| La madre visito al medico no menos de dos veces durante el embarazo? | | | |
| El niño nacio mas de 3 semanas adelantado o atrasado? | | | |
| Cuanto nacio el niño al nacer? | | | lbs. _____ oz. _____ |
| El niño tuvo algun problema al nacer? O despues? | | | |
| Es posible que la madre este encinta ahora? | | | |
| SI la repuesta es si, esta la madre en un culdo prenatal? | | | |
| HOSPITALIZACIONES Y ENFERMEDADES | SI | NO | EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SI" |
| Ha sido hospitalizado el niño o ha tenido una operacion? | | | |
| Ha sufrido el niño de algun accidente grave? (huesos quebrados, lesiones cerebrales, caidas, quemaduras, envenenamiento)? | | | |
| PROBLEMAS DE LA SALUD | SI | NO | EXPIQUE (Use hojas adicionales si es necesario) |
| Vision: Tiene el niño problemas con la vista? (Blzco, ojos cruzadas, o mira de cerca a los libros)? | | | |
| Vision: Usa (o debería usar) espejuelos? | | | |
| Tiene problemas con los oidos/audicion? Ejemplo: dolor en el oido, dolor de oido frecuente, o se soba o favoree un oido? | | | |
| El niño tiene tubos de ventilacion en los oidos (PE Tubes) o los tuvo? | | | SI la repuesta es si, Cuando? _____ |
| El niño tiene algun problema con alergias (Salpullido, picazon, hinchazon, dificultad al respirar, estomudar? A. CUANDO COME COMIDA? _____ B. CUANDO TOMA MEDICAMENTOS? _____ C. CUANDO ESTA CERCA DE ANIMALES, PIELES, ENSECTOS, POLVOS, ECT..? _____ | | | SI "SI" Que comido? _____ Que medicina? _____ Como reaclona el niño? _____ Que parece la reaclon? _____ |
| El niño parece de : Asma severa? _____, Diabetes? _____ | | | |
| El niño a tenido un ataque o convulsion? (Epilepsy)? Toma el niño medicina para las convulsiones? | | | SI "SI": ¿Cuando fue la ultima vez que ocurrio? _____ Que medicamento? _____ |
| Es posible que el niño tenga con frecuencia: Dolor de garganta _____, Tos cronica _____, Infecciones urinarias o dificultad al orinar _____, Dolor de estomago, vomito, o diarrea _____? | | | |
| Ha tenido el niño: Diviesos _____, Viruela _____, Eczema _____, Rubeola _____, Saramplon _____, Papera _____, Escariatina _____, Tos Ferina _____ | | | |
| Ha tenido el niño _____ Urticaria, _____ Pollo? | | | |
| El niño ha tenido: Tendencia a sangrar _____, enfermedad cardiaca vascular _____, enfermedad del higado _____, Celulas falciformes _____? | | | |
| Has notado que el niño se rasca la parte de atras (trasero, ano,) mientras duerme? | | | |
| El niño esta tomando medicamento ahora? (Un formulario especial debe ser firmado para que Head Start pueda administrar cualquier medicamento.) | | | Que medicina? _____ Sera necesario dar mientras el niño esta en Head Start? _____ Cuantas veces? _____ |
| El niño esta siendo tratado por un medico o dentista? | | | Nombre del medico _____ |
| ¿Tiene alguna condicion medica que se interponga en el camino de las actividades diarias del niño? ¿Un doctor o otor profesional de salud le dijo a usted que el niño tiene un problema medical? | | | Describe _____ Cuando? _____ |
| HISTORIA FAMILIAR Y INFORMACION | YES | NO | EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SI" |
| ¿Un miembro de la familia biologica tiene un problema de salud? (madre, padre, hermano/a) | | | |
| ¿El niño esta expuesto al humo de segunda mano? | | | |

SUPPLEMENTAL CHILD HEALTH HISTORY/HEALTH RECORD pg 2

Child Name: _____

Date of Birth: _____

Person Completing Form: _____

Date: _____

| CHILD DEVELOPMENT | YES | NO | EXPLAIN "YES" ANSWERS |
|--|-----|----|--|
| Children learn at different rates. Did your child reach developmental milestones when expected? | | | |
| Milestones: Sit up alone _____, Crawl _____, Walk _____, Talk _____, Play with toys _____ | | | |
| Do you have any concerns about your child's development? | | | |
| Do you have any concerns about your child's speech/language development? _____, Can you understand your child? _____, Can other people understand? _____ | | | |
| Does your child relate well (play, share toys) with other children? | | | |
| Do you have concerns with anything not mentioned above? | | | |
| PHYSICAL FITNESS | YES | NO | EXPLAIN "YES" ANSWERS |
| Is your child involved in daily physical fitness activities (30-60 min)? | | | |
| Is your family involved in regular physical fitness activities? | | | |
| FOOD AND NUTRITION | YES | NO | EXPLAIN "YES" ANSWERS |
| Does your child take vitamin and mineral supplements? | | | |
| Do they contain iron? _____, Are they prescribed? _____ | | | |
| Is your child on a special diet*? | | | |
| Is your child allergic to any food*? | | | |
| Is there any food your child should not eat for religious or personal reasons*? | | | |
| <i>* Note: A medical note is required for a special diet to be followed in program; signed by the child's physician.</i> | | | |
| For children under 12 months old: Is your child breast _____ or bottle fed _____? | | | |
| Does your child have any trouble chewing or swallowing? | | | |
| Does your child eat things that are not food? | | | |
| Do you have any concerns about what your child eats? | | | |
| About how often does your child eat a food from each of the following groups? | | | Approximate the number of time a week (circle the number) |
| Dairy: Milk, cheese yogurt | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Protein: Meat, poultry, fish, eggs, dried beans/peas, peanut butter | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Grains: Rice, grits, bread, cereal, tortillas | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Vegetables: Greens, carrots, broccoli, winter squash, pumpkin, sweet potatoes | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Fruits: Oranges, grapefruit, tomatoes (fruit juice) | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Other fruits and vegetables | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Fats: Oil, butter, margarine, lard | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Other: cake, cookies, soda, fruit drinks candy | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |

HISTORIAL MEDICO DEL NIÑO pg 2

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Persona completando formulario: _____

Fecha: _____

| DESARROLLO DEL NIÑO | SI | NO | EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SI" |
|--|----|----|--|
| Los niños aprenden en diferentes edades. ¿Su niño alcanzó los hitos del desarrollo cuando se esperaba? | | | |
| Hitos: sentarse solo _____, gatear _____, caminar _____, hablar _____, Jugar con juguetes _____ | | | |
| ¿Usted tiene preocupaciones del desarrollo de su niño? | | | |
| ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo del habla/lenguaje de su niño? _____, Puedes entender a su niño? _____, Otras personas pueden entender al niño? _____ | | | |
| ¿Su niño se relaciona bien (juega, comparte juguetes) con otros niños? | | | |
| ¿Tienes algunas preocupaciones con algo que no fue mencionado arriba? | | | |
| APTITUD FÍSICA | SI | NO | EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SI" |
| ¿Esta su niño involucrado en actividades físicas diarias (30-60 min)? | | | |
| ¿Esta su familia involucrada en actividades físicas regulares? | | | |
| COMIDA Y NUTRICION | SI | NO | EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SI" |
| ¿Toma su niño vitaminas y suplementos minerales? | | | |
| ¿Contienen hierro? _____, ¿Son recetadas? _____ | | | |
| ¿Esta su niño en una dieta especial*? | | | |
| ¿Es su niño alérgico a alguna comida*? | | | |
| ¿Hay alguna comida que su niño no debería comer por religión o razones personales*? | | | |
| <i>* Nota: Una nota médica es necesaria para una dieta especial a seguir en el programa; firmado por el médico del niño</i> | | | |
| Para niños menores de 12 meses: Amamantar _____ o botella _____? | | | |
| ¿Tiene su niño dificultad al masticar o tragar? | | | |
| ¿Su niño come cosas que no sea comida? | | | |
| ¿Tiene alguna preocupación sobre lo que su niño come? | | | |
| ¿Con qué frecuencia su niño come un alimento de cada uno de los siguientes grupos? | | | Aproximado de la cantidad de tiempo a la semana (círcule del número) |
| Productos lácteos: Leche, queso, yogurt | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Proteína: Carne, pescado, huevos, habichuelas/guisantes, peanut butter | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Granos: Arroz, pan, cereales, tortillas | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Vegetales: Verduras, zanahorias, brócoli, calabaza, batata | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Frutas: Naranjas, toronjas, tomates (jugo de fruta) | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Otras frutas y vegetales | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Grasas: Aceite, mantequilla, manteca de cerdo | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |
| Otros: Biscocho, galletas, soda, bebidas dulces | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 7+ |