



PROCESO DE SOLICITUD DE YVEDDI HEAD START

Por favor visite www.yveddi.com/head-start para descargar y guardar el Paquete de Solicitud de Head Start en su computadora.

ATENCIÓN:

Secciones de la solicitud que NO deben ser completadas por las familias:

- **SSN (Número de Seguro Social) – No es requerido.**
- **Sección de Ingresos Familiares – Solo para uso de la oficina (Complete únicamente la sección de Información Familiar y Contacto de Emergencia).**

¿Tiene preguntas mientras completa la solicitud?

Por favor revise las preguntas frecuentes a continuación.

Si su pregunta no aparece aquí, puede comunicarse con una Trabajadora de Servicios de Familia de su área o contactar a Coordinadora de Asociaciones Familiares Comunitarias, Yolanda Lytton, al (336) 367-4993 ext. 232, o Supervisora de Asociaciones Familiares Comunitarias, Katy Riojas, al (336) 367-4993 ext. 246

¡Con gusto le ayudaremos!

Preguntas Frecuentes

No pude firmar la solicitud en la computadora antes de enviarla por correo electrónico. ¿Qué debo hacer?

Si no puede firmar la solicitud en la computadora::

- Termine de completarla y deje la firma en blanco, o escriba su nombre.
- Si escribe su nombre, contará como su firma hasta que podamos reunirnos con usted en persona.

Tengo más de 3 hijos, ¿dónde incluyo su información?

Hay una página adicional que dice:

“Completar SOLAMENTE si tiene mas de 3 hijos.”

Ahí deberá incluir la información de los niños que no están solicitando ingreso, pero que viven en el hogar.

¿Qué hago con mi solicitud completa de Head Start?

Tiene las siguientes opciones para entregarla:

Correo electrónico: Envíela a la Coordinadora de Asociaciones Familiares Comunitarias, Yolanda Lytton, a yltton@yveddi.com, o a la Supervisora de Asociaciones Familiares Comunitarias, Katy Riojas, a kriojas@yveddi.com

Por correo postal: Imprima el paquete y envíelo por correo a **YVEDDI Head Start, P.O. Box 309 Boonville, NC 27011**. Asegúrese de haber firmado y fechado cada sección que tenga una línea de firma.

Por fax: Envíe el paquete completo al **(336) 367-4997**. Asegúrese de haber firmado y fechado cada sección que tenga una línea de firma.

Entrega en persona: Imprima el paquete y entréguelo en el centro de Head Start. Si no está seguro(a) de la ubicación donde debe entregarlo, llame a Yolanda Lytton, al (336) 367-4993 ext. 232, Katy Riojas, al (336) 367-4993 ext. 246, o a la Trabajadora de Servicios de Familia asignada a su área, utilizando el directorio que aparece a continuación.

Condado de Davie	Condado de Surry	Condado de Stokes	Condado de Yadkin
Jack G Koontz / Mocksville Patricia Hernandez Ph.#: 336-284-2374 Fax #: 336-284-2361 Email: phernandez@yveddi.com	Granite City 4 / Paynetown Clara Urquiza Ph. #: 336-786-6155 x508 Fax #: 336-786-1514 Email: curquiza@yveddi.com Granite City 2 & 3 Lashonda Griffith Ph. #: 336-786-6155 x506 Fax #: 336-786-1514 Email: lgriffith@yveddi.com	Mt Olive / Sandy Ridge Ph. #: 336-871-5022 (Sandy Ridge) Fax #: 336-871-5023 (Sandy Ridge) Morgan Lang Ph. #: 336-983-2344 (King) Fax#: 336-985-3302 (King) Email: mlang@yveddi.com London Lashonda Griffith Ph. #: 336-786-6155 x506 Fax #: 336-786-1514 Email: lgriffith@yveddi.com	Boonville/Jonesville Sharon Branch Ph. #: 336-469-4563 Email: sbranch@yveddi.com Yadkinville 1 & 3 Cristina Alonzo Ph. #: 336-367-4993 x239 Fax #: 336-367-4997 Email: calonzo@yveddi.com

¿Hay algo más que deba hacer?

Una vez que la solicitud sea recibida y revisada, un miembro del personal se comunicará con usted para informarle sobre el estado de su solicitud.

Por favor envíe copias de los siguientes documentos junto con su solicitud:

- Acta de nacimiento del niño(a) (para verificación de edad)
- Registro de vacunas más reciente
- Tarjeta de seguro médico/Medicaid del niño(a)
- Comprobante de ingresos de cada padre/madre o tutor que viva en el hogar

Puede incluir:

- W-2 / 1040 (los más recientes)
- Talones de cheque de un mes completo del mes anterior a la fecha de la solicitud (Ejemplo: si la solicitud se llena en junio, debe incluir los talones de mayo)
- Manutención de menores (Child Support)
- Trabajador por cuenta propia – Formulario 1099 / Carta de declaración propia
- SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad) – Carta con la cantidad mensual
- TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) – Carta con la cantidad mensual
- SSA (Administración del Seguro Social) – Carta con la cantidad mensual
- Tarjeta de SNAP / Cupones de alimentos

Si no está seguro(a) de qué comprobante de ingresos debe proporcionar, por favor contáctenos.

¡Gracias por completar una solicitud con **YVEDDI Head Start!**

Esperamos trabajar con usted pronto.

Fecha de Aplicación _____

Fecha de Inscripción _____

☐ Salon☐ NCPK

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO

Se completará, firmará y archivará en la instalación el primer día y se actualizará cuando se produzcan cambios y, al menos, anualmente

Como te enteraste de Head Start _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO:

Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo: _____

Apellido

Primero

Medio

Dirección física del niño: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR:

El niño vive con: _____

Nombre del padre / tutor _____ Teléfono del hogar _____

Dirección (si es diferente de la del niño) _____

Lugar de trabajo _____ Ocupación _____

Teléfono de trabajo _____ Celular _____

Correo Electronico: _____

Nombre de la madre / tutor _____ Teléfono del hogar _____

Dirección (si es diferente de la del niño) _____

Lugar de trabajo _____ Ocupación _____

Teléfono de trabajo _____ Celular _____

Correo Electronico: _____

CONTACTOS

El niño será entregado solo a los padres / tutores mencionados anteriormente. El niño también puede ser entregado a las siguientes personas, según lo autorizado por la persona que firma esta solicitud. En caso de una emergencia, si no se puede contactar a los padres / tutores, la instalación tiene permiso para contactar a las siguientes personas.

Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono

NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA:

Para cualquier niño con necesidades de atención médica como alergias, asma u otras afecciones crónicas que requieran servicios de salud especializados, se debe adjuntar un plan de acción médica a la solicitud. El plan de acción médica debe ser completado por el padre del niño o el profesional de la salud. ¿Hay un plan de acción médica adjunto? Si ___ No ___

Haga una lista de las alergias y los síntomas y el tipo de respuesta requerida para las reacciones alérgicas. _____

Haga una lista de cualquier necesidad o inquietud de atención médica, síntomas y tipo de respuesta para estas necesidades o inquietudes de atención médica _____

Haga una lista de cualquier temor en particular o características de comportamiento únicas que el niño tenga _____

Haga una lista de cualquier tipo de medicamento tomado para necesidades de atención médica _____

Comparta cualquier otra información que necesite atención directa de un tratamiento médico para garantizar un lugar seguro para su hijo _____

INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

Nombre del Médico de Salud _____ Teléfono de la oficina _____

Preferencia del Hospital _____ Teléfono _____

Yo, como padre / tutor, autorizo al centro a obtener atención médica para mi hijo en causa de una emergencia.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

Yo, como operador, acepto brindar transporte a un recurso médico apropiado en caso de emergencia. En una situación de emergencia, otros niños en las instalaciones serán supervisados por un adulto responsable. No administraré ningún medicamento o medicamento sin instrucciones específicas del médico o del padre, tutor o guardián de tiempo completo del niño.

Firma del Administrador _____ Fecha _____

Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza		Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
☐ Asiático	☐ Americano Native			☐ Ninguna			☐ Ninguna	
☐ Negro	☐ Isleño Pacífico	☐ Sí		☐ Pobre			☐ Pobre	
☐ Blanco	☐ Multirracial	☐ No		☐ Moderada			☐ Moderada	
	☐ Otro:			☐ Proficiente			☐ Proficiente	
Cobertura de Salud Primaria		Otra Cobertura de Salud	# del Seguro	Medicaid	Número de Medicaid		Doctor/ Hogar Medico	
				☐ No es Elegible				
				☐ On Medicaid				
				☐ Potencialmente Elegible				
Cobertura Dental		Número de Dental		Dentista/Hogar Dental				

Adulto Principal								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza		Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
☐ Asiático	☐ Americano Native			☐ Ninguna			☐ Ninguna	
☐ Negro	☐ Isleño Pacífico	☐ Sí		☐ Pobre			☐ Pobre	
☐ Blanco	☐ Multirracial	☐ No		☐ Moderada			☐ Moderada	
	☐ Otro:			☐ Proficiente			☐ Proficiente	
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)		Custodia	Escoja todos los que apliquen:	
☐ Asociado	☐ Grados 10	☐ Todo el Tiempo		☐ Biológico/Adoptado/			☐ Vive con la Familia	
☐ Licenciatura	☐ Grados 11	☐ Parte del Tiempo		Padrasto			☐ Provee Asistencia Económica	
☐ Título universitario/	☐ Grados 12	☐ Empleado Por Temporada		☐ Nieto		☐ Sí	☐ Padre/Madre Adolescente	
entrenamiento	☐ < Grados 9	☐ Desempleado		☐ Otro pariente		☐ No	☐ Si, es Subvencionado?	
☐ Uni o entrenamiento	☐ Graduado de	☐ Todo el Tiempo & Entrenamiento		☐ Adoptivo			☐ Sí ☐ No	
avanzado	secundaria	☐ Parte del Tiempo & Entrenamiento		☐ Otro				
☐ GED	☐ Maestría	☐ Entrenamiento o Escuela						
		☐ Retirado o Incapacitado						
Dirección de Email:								

Adulto Secundario								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza		Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
☐ Asiático	☐ Americano Native			☐ Ninguna			☐ Ninguna	
☐ Negro	☐ Isleño Pacífico	☐ Sí		☐ Pobre			☐ Pobre	
☐ Blanco	☐ Multirracial	☐ No		☐ Moderada			☐ Moderada	
	☐ Otro:			☐ Proficiente			☐ Proficiente	
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)		Custodia	Escoja todos los que apliquen:	
☐ Asociado	☐ Grados 10	☐ Todo el Tiempo		☐ Biológico/Adoptado/			☐ Vive con la Familia	
☐ Licenciatura	☐ Grados 11	☐ Parte del Tiempo		Padrasto			☐ Provee Asistencia Económica	
☐ Título universitario/	☐ Grados 12	☐ Empleado Por Temporada		☐ Nieto		☐ Sí	☐ Padre/Madre Adolescente	
entrenamiento	☐ < Grados 9	☐ Desempleado		☐ Otro pariente		☐ No	☐ Si, es Subvencionado?	
☐ Uni o entrenamiento	☐ Graduado de	☐ Todo el Tiempo & Entrenamiento		☐ Adoptivo			☐ Sí ☐ No	
avanzado	secundaria	☐ Parte del Tiempo & Entrenamiento		☐ Otro				
☐ GED	☐ Maestría	☐ Entrenamiento o Escuela						
		☐ Retirado o Incapacitado						
Dirección de Email:								

Niño(a) Adicional (No-Solicitante)*								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza		Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
☐ Asiático	☐ Americano Native			☐ Ninguna			☐ Ninguna	
☐ Negro	☐ Isleño Pacífico	☐ Sí		☐ Pobre			☐ Pobre	
☐ Blanco	☐ Multirracial	☐ No		☐ Moderada			☐ Moderada	
	☐ Otro:			☐ Proficiente			☐ Proficiente	
Niño(a) Adicional (No-Solicitante)*								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza		Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
☐ Asiático	☐ Americano Native			☐ Ninguna			☐ Ninguna	
☐ Negro	☐ Isleño Pacífico	☐ Sí		☐ Pobre			☐ Pobre	
☐ Blanco	☐ Multirracial	☐ No		☐ Moderada			☐ Moderada	
	☐ Otro:			☐ Proficiente			☐ Proficiente	

* Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando para servicios, por favor llene una copia de este formulario separado para cada solicitante.

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Información de Familia, Ingreso & Contactos**Información General**

Dirección de Residencia		Línea 2 de la dirección		Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
Dirección Postal (si es diferente)		Línea 2 de la dirección		Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
Número de Teléfono		Tipo (Llene uno)		Notas		Optar por mensajes de texto	
		☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Otro				☐ Sí ☐ No	
		☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Otro				☐ Sí ☐ No	
		☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Otro				☐ Sí ☐ No	
Estado de Padre/Madre (Llene uno)	Lengua Principal en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC	WIC ID (si applicable)
☐ Uno ☐ Dos		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Información de Familia

Fecha de Verificación (completado por agencia)		Verificado por (completado por agencia)		TANF		SSI	
				☐ Sí ☐ No ☐ Anteriormente		☐ Sí ☐ No	
Miembro de Familia	Cantidad	Por (por ejemplo: semana, mes, año)	Cantidad Anual	Descripción (por ejemplo: SSI, Trabajo)	Verificación (por ejemplo: W2, Trozo de Cheque)	Notas	
	\$		\$				
	\$		\$				
	\$		\$				
Notas de Ingresos							

Contactos de Emergencia

Contacto 1	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Ceder al Niño(a)	
					☒ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
	Dirección		Código Postal		Ciudad		Estado	
Contacto 2	Teléfono #1		Teléfono #2		Teléfono #3			
	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo		☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo		☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo			
	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Ceder al Niño(a)	
					☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
Contacto 3	Dirección		Código Postal		Ciudad		Estado	
	Teléfono #1		Teléfono #2		Teléfono #3			
	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo		☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo		☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo			

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será guardada en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible por mi durante las horas normales de negocio.

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) _____ Fecha _____

Completar SOLAMENTE si tiene más de 3 hijos

Hijo(a) Adicional (No Solicitante) – CONTINUACIÓN

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género
Raza			Hispano(a)	Dominio del Inglés	Otro Idioma	Dominio del Otro Idioma
☐ Asiático(a) ☐ Negro(a) / Afroamericano(a) ☐ Blanco(a)			☐ Indígena Americano(a)/Nativo(a) de Alaska ☐ Nativo(a) de Hawái/Isleño(a) del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otro _____	☐ Sí ☐ No	☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente	☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género
Raza			Hispano(a)	Dominio del Inglés	Otro Idioma	Dominio del Otro Idioma
☐ Asiático(a) ☐ Negro(a) / Afroamericano(a) ☐ Blanco(a)			☐ Indígena Americano(a)/Nativo(a) de Alaska ☐ Nativo(a) de Hawái/Isleño(a) del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otro _____	☐ Sí ☐ No	☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente	☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género
Raza			Hispano(a)	Dominio del Inglés	Otro Idioma	Dominio del Otro Idioma
☐ Asiático(a) ☐ Negro(a) / Afroamericano(a) ☐ Blanco(a)			☐ Indígena Americano(a)/Nativo(a) de Alaska ☐ Nativo(a) de Hawái/Isleño(a) del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otro _____	☐ Sí ☐ No	☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente	☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género
Raza			Hispano(a)	Dominio del Inglés	Otro Idioma	Dominio del Otro Idioma
☐ Asiático(a) ☐ Negro(a) / Afroamericano(a) ☐ Blanco(a)			☐ Indígena Americano(a)/Nativo(a) de Alaska ☐ Nativo(a) de Hawái/Isleño(a) del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otro _____	☐ Sí ☐ No	☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente	☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Género
Raza			Hispano(a)	Dominio del Inglés	Otro Idioma	Dominio del Otro Idioma
☐ Asiático(a) ☐ Negro(a) / Afroamericano(a) ☐ Blanco(a)			☐ Indígena Americano(a)/Nativo(a) de Alaska ☐ Nativo(a) de Hawái/Isleño(a) del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otro _____	☐ Sí ☐ No	☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente	☐ Poco ☐ Moderado ☐ Ninguno ☐ Competente

Nombre del Niño: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Centro:** _____

Problemas de Salud	Si	No	Detalles si Marco "Si"	¿Medicinas?
Tiene su niño:				
1. Alergias: – Formulario de alergia / formulario médico requerido				
¿Alergias a comida?				
¿Alergias a abejas?				
Ambiental, medicamentos u otro?				
2. Enfermedades/Condiciones:				
¿Asma?				
¿Eczema/Sarpullido?				
¿Diabetes?				
¿Soplo del Corazón/Problemas Cardíacas?				
¿Estreñimiento/Dolor de Estómago?				
3. ¿Ha sufrido su niño un ataque epiléptico?				
¿En los últimos 12 meses?				
¿Está tomando medicamentos en este momento?				
4. ¿Síntomas o condiciones frecuentes no mencionadas?				
5. ¿Problemas de oídos/ oír? ¿Tubos?				
6. ¿Problemas de los ojos/ visión?				
¿Anteojos recetados? ¿Y si, fecha de último chequeo?				
7. Historial de:				
¿Tos ferina/ tos severa?				
¿Hospitalización/Cirugías/Accidentes serios?				
¿Nacimiento prematuro?				
8. ¿Preocupaciones del desarrollo?				
9. ¿Diagnosticado con una incapacidad?				
¿IEP?				
¿Terapeuta/Especialista? # Teléfono				
10. ¿Su hijo está en una dieta especial?				
11. ¿Su hijo tiene actualmente alguno de estos problemas diariamente, semanalmente o mensualmente? Si es así, indique cuál.				
☐ Vómitos ☐ Diarrea ☐ Estreñimiento ☐ Dolor dental				
☐ Dolor al masticar ☐ Dificultad para tragar				
12. Por favor verifique si su hijo:				
☐ No se alimenta a sí mismo ☐ Usa un biberón/vaso				
13. ¿Tiene su hijo alguna necesidad especial cuando se trata de las comidas?				
14. ¿Tiene alguna preocupación con respecto al peso de su hijo y / o sus hábitos alimenticios?				
15. ¿Está su hijo / familia recibiendo WIC?				
16. ¿Hay algunas otras condiciones médicas o dentales que NO hemos repasado que impidan con las actividades diarias del niño?				

He contestado las preguntas con el mejor de mi conocimiento:

Firma del Padre/ Tutor

Fecha

I have staffed the above areas highlighted and completed necessary forms/follow-up as required:

Family Advocate

Fecha

Esta solicitud es válida durante el período de inscripción.



Nombre del Niño/a _____
Fecha de Nacimiento _____
Salón de Clase _____
Año del Programa _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DENTAL

1. Información del Paciente

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)			
Fecha de Nacimiento			
Nombre Completo del Padre/Madre o Tutor Legal			
Dirección			
Ciudad/Estado/Código Postal			
Teléfono de Casa		Teléfono Celular	

AUTORIZA: ☐ Divulgación de información a: ☐ Intercambio de información con: (debe seleccionar una o ambas)

Nombre del Proveedor de Atención Médica, Clínica u Otro

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono

Número de Fax

YVEDDI Head Start
PO Box 309
Boonville, NC 27011
Phone: (336)-367-4993
Fax: (336)-367-4997

DIVULGACIÓN DE COPIAS DE REGISTROS MÉDICOS

Información que será divulgada::

☐ Examen/Tratamiento Dental

☐ Historial/Consultas

☐ Otro: _____

COMUNICACIÓN VERBAL

☐ Comunicación entre las partes indicadas en la Sección 2 (incluye cualquier información a menos que se limite a continuación), o

☐ Comunicación limitada (especificar): _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

☐ Requerido para inscripción ☐ Atención médica adicional ☐ Coordinación de servicios de salud ☐ Otro: _____

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización permanecerá vigente durante el período de inscripción del niño/a en YVEDDI Head Start.

Nota: Esta autorización aplicará a la información médica generada durante el período extendido de tiempo.

RE-DIVULGACIÓN: Entiendo que la información utilizada o divulgada con base en esta autorización puede volver a ser divulgada por el destinatario y/o puede ya no estar protegida por las normas federales de privacidad.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

- **Derecho a Recibir una Copia de esta Autorización:** Entiendo que si acepto firmar esta autorización, puedo recibir una copia de la misma.
- **Derecho a Inspeccionar o Copiar la Información de Salud que Será Utilizada o Divulgada:** Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud que he autorizado para ser utilizada o divulgada conforme a esta autorización.
- **Sin Obligación de Firmar:** Entiendo que no estoy obligado/a a firmar este formulario y que la(s) persona(s) y/o organización(es) mencionadas anteriormente, a quienes estoy autorizando a usar y/o divulgar mi información, no pueden condicionar el tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de atención médica a mi decisión de firmar esta autorización.
- **Revocación:** Tengo el derecho de revocar esta autorización notificando por escrito a la Oficina Administrativa de YVEDDI Head Start mi deseo de revocarla. Sin embargo, entiendo que cualquier acción ya tomada en base a esta autorización no puede revertirse y mi revocación no afectará dichas acciones.

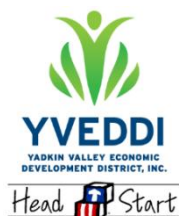
He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja con exactitud mis deseos para el menor mencionado anteriormente.

Nombre en letra de molde _____ Fecha: _____

Firma _____

Autoridad para firmar:: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor/a

Esta solicitud es válida durante el período de inscripción.



Nombre del Niño/a _____
Fecha de Nacimiento _____
Salón de Clase _____
Año del Programa _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN **MÉDICA**

1. Información del Paciente

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)			
Fecha de Nacimiento			
Nombre Completo del Padre/Madre o Tutor Legal			
Dirección			
Ciudad/Estado/Código Postal			
Teléfono de Casa		Teléfono Celular	

AUTORIZA: ☐ Divulgación de información a: ☐ Intercambio de información con: (debe seleccionar una o ambas)

Nombre del Proveedor de Atención Médica, Clínica u Otro

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono

Número de Fax

YVEDDI Head Start
PO Box 309
Boonville, NC 27011
Phone: (336)-367-4993
Fax: (336)-367-4997

DIVULGACIÓN DE COPIAS DE REGISTROS MÉDICOS

Información que será divulgada:

- ☐ Exámenes físicos / Resumen ☐ Historial / Consultas ☐ Registro de vacunas ☐ Pruebas de detección de plomo
☐ Examen / Tratamiento dental ☐ PT/SP/OT (Terapia Física / Terapia del Habla y Lenguaje / Terapia Ocupacional)
☐ Laboratorios – EKG/EEG/EMG ☐ Salud mental / Psicología / Neuropsicología ☐ Otro: _____

COMUNICACIÓN VERBAL

- ☐ Comunicación entre las partes indicadas en la Sección 2 (incluye cualquier información a menos que se limite a continuación), o
☐ Comunicación limitada (especificar): _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

- ☐ Requerido para inscripción ☐ Atención médica adicional ☐ Coordinación de servicios de salud ☐ Otro: _____

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización permanecerá vigente durante el período de inscripción del niño/a en YVEDDI Head Start.

Nota: Esta autorización aplicará a la información médica generada durante el período extendido de tiempo.

RE-DIVULGACIÓN: Entiendo que la información utilizada o divulgada con base en esta autorización puede volver a ser divulgada por el destinatario y/o puede ya no estar protegida por las normas federales de privacidad.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

- **Derecho a Recibir una Copia de esta Autorización:** Entiendo que si acepto firmar esta autorización, puedo recibir una copia de la misma.
- **Derecho a Inspeccionar o Copiar la Información de Salud que Será Utilizada o Divulgada:** Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud que he autorizado para ser utilizada o divulgada conforme a esta autorización.
- **Sin Obligación de Firmar:** Entiendo que no estoy obligado/a a firmar este formulario y que la(s) persona(s) y/o organización(es) mencionadas anteriormente, a quienes estoy autorizando a usar y/o divulgar mi información, no pueden condicionar el tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de atención médica a mi decisión de firmar esta autorización.
- **Revocación:** Tengo el derecho de revocar esta autorización notificando por escrito a la Oficina Administrativa de YVEDDI Head Start mi deseo de revocarla. Sin embargo, entiendo que cualquier acción ya tomada en base a esta autorización no puede revertirse y mi revocación no afectará dichas acciones.

He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja con exactitud mis deseos para el menor mencionado anteriormente.

Nombre en letra de molde _____ Fecha: _____

Firma _____

Autoridad para firmar: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor/a

Esta solicitud es válida durante el período de inscripción.

Formulario de Consentimiento de Head Start

Nombre del Niño/a											
Nombre del Centro											
INICIALES	(Por favor, escriba sus INICIALES en cada espacio y firme abajo)										
	Entiendo que mi hijo/a ha sido seleccionado/a para participar en Head Start. La participación de los padres será fundamental para el éxito de mi hijo/a. Me comprometo a participar tanto como sea posible en el centro de Head Start/NCPK.										
	Entiendo que puede haber una lista de espera para los servicios de Head Start/NCPK.										
	Entiendo que el transporte hacia y desde los centros de Head Start/NCPK puede ser responsabilidad de la familia.										
Escriba sus iniciales junto a cada evaluación	Doy permiso para que mi hijo/a reciba las siguientes evaluaciones mientras asiste a Head Start: <table border="0"> <tr> <td>_____ Desarrollo</td> <td>_____ Audición</td> </tr> <tr> <td>_____ Vista</td> <td>_____ Examen dental</td> </tr> <tr> <td>_____ Conductual</td> <td>_____ Peso</td> </tr> <tr> <td>_____ Evaluación del habla y lenguaje</td> <td>_____ Estatura</td> </tr> <tr> <td>_____ Observación de salud mental en el salón de clases</td> <td></td> </tr> </table>	_____ Desarrollo	_____ Audición	_____ Vista	_____ Examen dental	_____ Conductual	_____ Peso	_____ Evaluación del habla y lenguaje	_____ Estatura	_____ Observación de salud mental en el salón de clases	
_____ Desarrollo	_____ Audición										
_____ Vista	_____ Examen dental										
_____ Conductual	_____ Peso										
_____ Evaluación del habla y lenguaje	_____ Estatura										
_____ Observación de salud mental en el salón de clases											
	Entiendo que si hay algún cambio en la dirección, asistencia a cualquier tipo de cuidado infantil con licencia, números de teléfono, tutela u otra información relacionada con mi hijo/a, contactaré inmediatamente al maestro/a de mi hijo/a y/o al Defensor/a de la Familia para informarles sobre los cambios.										
	Entiendo que si mi hijo/a participa en Head Start, él/ella puede ser fotografiado/a y las fotos pueden ser utilizadas de las siguientes maneras: exhibiciones en el centro, álbum de recortes del centro, periódico, transmisiones de televisión, sitio web de la escuela y publicaciones relacionadas con Head Start/NCPK, etc.										
	Doy permiso para que Head Start tenga acceso a la información de mi hijo/a en NC Tracks (para verificación de Medicaid/NC Health Choice), el Registro de Inmunización de NC (para registros actualizados de vacunas) y NC Lead (para resultados de pruebas de plomo).										

Firma del Padre/Madre o Tutor(a):	Fecha:

*** SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR(A)REQUIRED ***

Este formulario es válido durante el período de inscripción

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del padre/madre o tutor(a): _____

Nombre(s) del/de los niño(s): _____

Entiendo que el Estado de Carolina del Norte ha creado un sistema que combina información limitada sobre los niños y las familias que reciben servicios de programas financiados con fondos públicos, como los programas Head Start y Early Head Start, en un sistema estatal único llamado Sistema Integrado de Datos de la Primera Infancia de Carolina del Norte (NC ECIDS).

Entiendo que el propósito de NC ECIDS es ayudar a proporcionar respuestas a importantes preguntas de políticas y programas sobre los programas financiados con fondos públicos administrados en Carolina del Norte; así como aquellas preguntas que mi programa local de Head Start o Early Head Start pueda tener sobre los servicios ofrecidos en el/los condado(s) donde opera.

Entiendo que NC ECIDS está solicitando mi permiso para recibir la siguiente información sobre mi(s) hijo(s) y mi familia para ser incluida en NC ECIDS:

Nombre del niño/a*

Fecha de nacimiento del niño/a

Género del niño/a

Raza del niño/a

Idioma principal

Categoría de elegibilidad de inscripción

Estado del seguro médico

**Entiendo que el nombre de mi hijo/a nunca será divulgado públicamente en ningún informe.*

Entiendo que permitir que la información sobre mi(s) hijo(s) y mi familia sea divulgada a NC ECIDS es voluntario y no es un requisito para que mi hijo/a esté inscrito/a en el programa Head Start o Early Head Start.

Autorizo a YVEDDI Head Start a divulgar la información sobre mi(s) hijo(s) / familia mencionada anteriormente a NC ECIDS.

NO autorizo a YVEDDI Head Start a divulgar la información sobre mi(s) hijo(s) / familia mencionada anteriormente a NC ECIDS.

Firma del padre/madre o tutor(a): _____ Fecha: _____

Relación con el/los niño(s): _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización para divulgar información en cualquier momento, por escrito, excepto cuando la agencia ya haya realizado divulgaciones basadas en mi autorización previa.



Evaluación de Necesidades Familiares

Nombre del niño/a:			Aula:	
Empleo/Ingresos				
1. ¿Alguien en el hogar recibe otras fuentes de asistencia? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, marque todas las que correspondan: ☐ Cuidado de Crianza (Foster Care) ☐ WIC ☐ Cupones de Alimentos (Food Stamps) ☐ Desempleo ☐ Vivienda Pública ☐ Manutención de Hijos (Child Support) ☐ Vivienda Temporal				
2. ¿Hay algún adulto desempleado que esté buscando trabajo o, si está empleado, buscando un nuevo trabajo? ☐ Sí ☐ No				
3. ¿Cuáles son las principales barreras para encontrar empleo? Marque todas las que correspondan: ☐ Transporte ☐ Cuidado Infantil ☐ Salud ☐ Educación/Capacitación ☐ Otro: _____				
Educación/Capacitación				
<u>Madre</u> ¿Actualmente está estudiando? ☐ Sí ☐ No ¿Le gustaría obtener alguno de los siguientes? ☐ GED ☐ Diploma de Escuela Secundaria ☐ Título Universitario		<u>Padre</u> ¿Actualmente está estudiando? ☐ Sí ☐ No ¿Le gustaría obtener alguno de los siguientes? ☐ GED ☐ Diploma de Escuela Secundaria ☐ Título Universitario		
¿Ha tenido anteriormente un hijo/a en Head Start? ☐ Sí ☐ No				
Necesidades Básicas				
1. ¿Su familia tiene suficiente comida? ☐ Sí ☐ No				
2. ¿Su familia tiene suficiente ropa? ☐ Sí ☐ No				
3. ¿Puede pagar sus facturas de electricidad/agua? ☐ Sí ☐ No				
4. ¿Su vivienda actual es satisfactoria? ☐ Sí ☐ No				
5. ¿Es dueño/a o alquila su vivienda? ☐ Propia ☐ Alquila ☐ Otro; explique:				
6. Marque las opciones que correspondan: ☐ Se mudó durante el último año ☐ Le gustaría mudarse a una vivienda mejor ☐ Vivió en un refugio o vivienda temporal durante el último año ☐ Tiene una solicitud pendiente con vivienda pública ☐ Le gustaría ser dueño/a de su propia vivienda				
7. ¿Alguien en su hogar tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, explique:				
8. ¿Existen otras necesidades que no se hayan mencionado con respecto a su familia? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, explique::				
Firma del Padre/Madre o Tutor:				
Fetcha:				



Encuesta de Intereses para Padres

Head Start está comprometido a proporcionar información, talleres y oportunidades de capacitación que satisfagan las necesidades de los padres y cuidadores. Por favor, marque cualquier área de interés sobre la que le gustaría recibir más información.

Crianza de los Hijos

Fecha en que
se habló

Educación y Empleo

Fecha en que
se habló

1. ☐ Problemas de disciplina _____
2. ☐ Desarrollo infantil _____
3. ☐ Comunicación con los niños _____
4. ☐ Manejo del enojo _____
5. ☐ Custodia / asuntos legales _____
6. ☐ Actividades familiares divertidas _____
7. ☐ Leerles a los niños _____
8. ☐ Cómo hablar por usted mismo y por los demás _____
9. ☐ Padre/Madre soltero(a) / Crianza compartida _____
10. ☐ Padres / Hombres en la vida de su hijo(a) _____
11. ☐ Abuelos criando a sus nietos _____
12. ☐ Autoestima _____
13. ☐ Preocupaciones o retrasos en el desarrollo _____
14. ☐ Cómo abogar en las escuelas _____

15. ☐ Clases de GED _____
16. ☐ Clases de ESL (Inglés como Segundo Idioma) _____
17. ☐ Aprender sobre computadoras / internet _____
18. ☐ Cómo obtener un empleo _____
19. ☐ Cómo mantener mi empleo _____
20. ☐ Mejorar mis habilidades y salario _____
21. ☐ Explorar una nueva carrera _____

Salud / Nutrición

Fecha en que
se habló

Fecha en que
se habló

22. ☐ Planificación familiar (control de la natalidad) _____
23. ☐ RCP / Primeros auxilios _____
24. ☐ Seguridad en el hogar / seguridad con armas _____
25. ☐ Manejo del estrés / cuidado personal _____
26. ☐ Prevención de la violencia familiar _____
27. ☐ Preparación para emergencias _____
28. ☐ Encontrar / usar servicios de salud _____
29. ☐ Información sobre drogas y alcohol _____
30. ☐ Cuidado dental de los niños _____
31. ☐ Vacunas _____
32. ☐ Problemas de salud en adultos _____

33. ☐ Dejar de fumar / dejar el tabaco _____
34. ☐ Cómo hablar con mi médico _____
35. ☐ Programas de ejercicio _____
36. ☐ Cómo lograr que los niños coman _____
37. ☐ Presupuesto para alimentos _____
38. ☐ Comidas y meriendas saludables _____
39. ☐ Cocina _____
40. ☐ Trastornos alimenticios _____
41. ☐ Uso de servicios de salud mental _____
42. ☐ Enfermedades infantiles _____

Otros

Fecha en que
se habló

43. ☐ Otro: _____
44. ☐ No tengo intereses en este momento _____

Método de enseñanza preferido:

☐ Conversación ☐ Video ☐ Libros / Instrucción escrita ☐ Conferencia / Reunión en grupo ☐ Internet

Nombre del Padre/Madre/Tutor(a): _____ Fecha: _____

YVEDDI HEAD START OFFICE USE

Resource follow-up (detail what information was provided): _____

Advocate's Name: _____ Date: _____