



FORMULARIO DE SOLICITUD NASH/EDGECOMBE PRE-K

Para participar en estos programas Pre-K, su hijo debe tener cuatro años de edad el 31 de agosto o antes del año actual del programa y debe cumplir con uno o más de los siguientes requisitos:

- El ingreso bruto de la familia es o inferior al 75% del nivel de ingresos medios del Estado
- El niño tiene una discapacidad del desarrollo identificada
- El niño tiene un dominio limitado del inglés (LEP) según lo indicado por la familia y/o el niño que habla inglés limitado o sin inglés en el hogar
- El niño tiene una necesidad educativa según lo indicado por los resultados de desempeño del niño en un examen de desarrollo aprobado o en un Plan de Educación Individualizado (IEP) existente
- El niño tiene una condición de salud crónica según lo indicado por el diagnóstico de un profesional de la salud
- El niño y la familia se identifican como personas sin hogar
- El niño es miembro de una familia militar elegible

****La determinación de elegibilidad no garantiza una colocación en un programa Pre-K. La colocación también se determina por la disponibilidad de fondos****

Complete la solicitud COMPLETA e incluya los siguientes archivos adjuntos:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento oficial <input type="checkbox"/> 30 días consecutivos de recibos para los padres/tutores del niño o un formulario de salario completado firmado por el empleador (la información de pago no debe ser más de dos meses antes de la fecha en la solicitud) <input type="checkbox"/> Copia del registro de inmunización actual | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Documentación escrita de cualquier otra fuente de ingresos: Seguro Social (SSA), Discapacidad SSI, Manutención de Niños, etc. <input type="checkbox"/> Copia de la evaluación de salud más reciente/informe de visita del niño sano |
|--|---|

Prueba de residencia: Proporcione dos (2) pruebas de residencia

- **¿Tienes una casa?** Proporcione una copia de la escritura, un estado de cuenta hipotecario o un estado de cierre de HUD.
- **¿Alquilas?** Proporcione una copia del contrato de alquiler.
- **¿Vives en la casa de otra persona?** Proporcione una declaración jurada de residencia notariada Y su declaración hipotecaria, escritura o arrendamiento.
- **También se requiere UNO de los siguientes elementos:**
 - Una factura de gas, agua, electricidad, teléfono, o cable.
 - Una licencia de conducir válida de Carolina del Norte o una tarjeta de identificación.
 - Talón de pago, extracto bancario O estado de cuenta de tarjeta de crédito fechado en los últimos 30 días.
 - Registro de vehículos actuales, factura de impuestos de vehículos, factura de impuestos sobre la propiedad, tarjeta W-2 O Medicaid fechada en el año anterior.
- **O Copia de uno de los siguientes puntos:** Carta de una agencia aprobada; Carta de reasentamiento de refugiados; Copia del arrendamiento de la Autoridad de Vivienda; O Carta/Declaración del hotel/motel si es posible.

Pre-K está disponible en una variedad de entornos en los condados de Nash y Edgecombe, incluidos los centros privados de cuidado infantil, Head Start y las escuelas públicas. Una lista de proveedores de Pre-K para el año escolar actual está en nuestro sitio web en www.depc.org o puede incluirse para su conveniencia: revise la lista de proveedores y seleccione sus opciones de sitio primero, segundo y tercero. Si necesita ayuda para elegir un proveedor, comuníquese con Family First al (252) 985-4300 ext. 220.

1st Opción: _____ 2nd Opción: _____ 3rd Opción: _____

****Contract Administrator Use Only****

Child's Name: _____ Date Processed: _____ Processed by: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> DATE RECEIVED </div>
---	---

INFORMACIÓN DE PADRE/ TUTOR

PRIMERA PADRE/ TUTOR – El niño debe vivir en el mismo hogar que la(s) persona(s) que se indican a continuación.

Nombre del Padre/Tutor: _____	
Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Guardián/Tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Dirección de Domicilio: _____ <small>(Por favor incluya código zip)</small>	Dirección de postal: _____ <small>(Si es diferente de casa – Por favor incluya código zip)</small>
Condado en el que vive: <input type="checkbox"/> Nash <input type="checkbox"/> Edgecombe <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número de teléfono: _____ Segundo número de teléfono: _____
Dirección de Correo electrónico: _____	
Origen étnico: ¿Es de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Isleña del Pacífico <small>(marque todo aplicar)</small> <input type="checkbox"/> Nativa Americana/De Alaska <input type="checkbox"/> Del Medio Oriente <input type="checkbox"/> Otro _____	Estado Civil: <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)
Estado laboral/Escolar: <input type="checkbox"/> Empleado/Trabajador Independiente** <input type="checkbox"/> Desempleado <small>(marque todas las opciones que correspondan)</small> Cheque de pago recibido: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Mensual	** Si está empleado debe proporcionar 30 días de recibos de pago o pedirle a su empleador que complete el formulario de salario adjunto. **Los trabajadores por cuenta propia pueden presentar el formulario de impuestos W-2 del año anterior.
Nombre del empleador: _____	
Si está desempleada, ¿Cómo mantiene su ustedes y su familia? _____	

¿Hay otro padre o guardián que viva en el hogar con el niño? SÍ NO

Si no hay un segundo padre en el hogar debe marcar "NO" para evitar tener una solicitud incompleta

SEGUNDO PADRE/ TUTOR- Debe completar la información para cada padre en el hogar.

Nombre del Padre/Tutor: _____	
Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Guardián/Tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Origen étnico: ¿Eres de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleña del Pacífico <small>(marque todo aplicar)</small> <input type="checkbox"/> Nativa Americana/De Alaska <input type="checkbox"/> Del Medio Oriente <input type="checkbox"/> Otro _____	Estado Civil: <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)
Estado laboral/Escolar: <input type="checkbox"/> Empleado/Trabajador Independiente** <input type="checkbox"/> Desempleado <small>(marque todas las opciones que correspondan)</small> Cheque de pago recibido: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Mensual	** Si está empleado debe proporcionar 30 días de recibos de pago o pedirle a su empleador que complete el formulario de salario adjunto. **Los trabajadores por cuenta propia pueden presentar el formulario de impuestos W-2 del año anterior.
Nombre del empleador: _____	
Si está desempleada, ¿Cómo mantiene su ustedes y su familia? _____	

ESTADO MILITAR DE PADRE/TUTOR

¿Este niño tiene un padre/tutor que es miembro activo del ejército? Sí No

¿Tiene este niño un padre/tutor que recibió la orden de servicio activo en los últimos 18 meses o se espera que se le ordene en los próximos 18 meses o herido y/o está recibiendo retiro por discapacidad militar o fue asesinado mientras servía en servicio militar activo? Sí No

INFORMACIÓN INFANTIL

Por favor complete la información para cada niño que necesite servicios de Pre-K.

Niño/Niña

Nombre completo del niño:

(como en el certificado de nacimiento) _____

Fecha del niño de nacimiento: _____

Género del niño: Niño Niña

Origen étnico del niño: ¿Es un niño de ascendencia latina/hispana? Sí No

Raza del niño: Blanca Negra Asiática Isleña del Pacífico Nativa Americana/De Alaska Del Medio Oriente Otro: _____

(marque todo aplicar)

Estado familiar: ¿Con quién vive el niño? Madre Padre Madre y Padre Guardián/Tutor Otro: _____

(marque uno solo)

INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

¿Quién cuida al niño si trabajas o vas a la escuela?

Inscrita en un centro de cuidado infantil (centro o hogar)

Nombre de la instalación: _____

Previamente/ya no estaba inscrito en un centro de cuidado infantil

Niño atendido por un amigo, vecino o familiar

El padre se queda en casa con el niño

¿Recibe asistencia para pagar el cuidado de su hijo?

No recibo asistencia con el cuidado de niños (pago el costo total)

Recibir asistencia con el cuidado de niños de:

Programa de Becas DEPC

Departamento de servicios sociales

NEWCA, Inc./Head Start

Otro: _____

NECESIDADES Y SERVICIOS ESPECIALES

¿Tiene su hijo un desafío educativo o de desarrollo? SÍ NO No lo sé

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación: _____

¿Tiene su hijo un desafío físico o una enfermedad crónica? SÍ NO

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación: _____

¿Tiene su hijo una Educación Individualizada Plan (IEP)? SÍ NO No lo sé

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación: _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR

** Por favor enumere TODAS personas que viven en la dirección del hogar figura en esta solicitud, incluya el niño **

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el niño
Ejemplo: Jane Smith	01/01/1988	Madre

Número total de miembros de la familia en el home (incluya el niño): _____

Declaración de “No Ingresos”

Para determinar la elegibilidad para los servicios de Pre-K de Nash/Edgecombe es necesario que proporcione un comprobante de ingresos. Complete esta sección "Sin ingresos" si actualmente tiene "cero" ingresos.

Bajo pena de ley, yo (padre/tutor) _____, declaro que no tengo ingresos de ningún tipo, ganados, o no ganados. También _____, proporciona (o hay proporcionado) gastos básicos de vida (como entre otra vivienda, comida, y ropa) sin costo para mí y mi hijo/hijos desde _____ hasta _____.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha de hoy

INFORMACIÓN ADICIONAL DE INGRESOS

Enumere los montos de las siguientes fuentes de ingresos que recibe: escriba \$0 si no recibe ninguno.

Beneficios para veterano: \$ _____ por mes	Beneficios de desempleo: \$ _____ por mes
Segura Social (SSA): \$ _____ por mes	Compensación de trabajadores: \$ _____ por mes
SSI por discapacidad: \$ _____ por mes	Otro: _____ \$ _____ por mes
Manutención de los hijos: \$ _____ por mes	Otro: _____ \$ _____ por mes

** Debe proporcionar documentación escrita para todas las fuentes de ingresos adicionales **

ELEGIBILIDAD CATEGORICA

Marque cualquiera de las casillas a continuación si corresponde a su familia. Se debe presentar la documentación de respaldo.	
La documentación de respaldo incluye, entra otras, la tarjeta de Medicaid; cartas de adjudicación de WIC/FNS/SSI; carta de colocación en hogares de acogida; contrato de arrendamiento o vale de vivienda pública; carta de beneficios y servicios de ORR.	
<input type="checkbox"/> Experimenta falta de vivienda <input type="checkbox"/> En hogares de acogida (niño que solicita servicios de preescolar) <input type="checkbox"/> Recibe servicios para refugiados <input type="checkbox"/> Recibe WIC <input type="checkbox"/> Reside en una vivienda pública (Autoridad de Vivienda; Sección 8; etc.)	<input type="checkbox"/> TANF/Work First <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Recibe servicios de alimentación y nutrición (cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> SNAP

¿Qué idioma se habla en el hogar la mayor parte del tiempo?

- Inglés Español Árabe Chino Hindi Vietnamita Otro: _____ (por favor especifique)

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación de vida actual de su familia?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Permanente
<input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar o de emergencia para personas sin hogar
<input type="checkbox"/> Refugio para mujeres y niños maltratados | <input type="checkbox"/> Vivir con un amigo/familiar debido a la pérdida de vivienda
<input type="checkbox"/> Hotel o Motel
<input type="checkbox"/> Hospitalizado durante 30 días o menos
<input type="checkbox"/> No tiene una dirección permanente para pasar la noche |
|--|--|

Formulario De Salario

Formulario De Solicitud De Nash/Edgecombe Pre-K

Para determinar la elegibilidad para los servicios de Pre-K de Nash/Edgecombe es necesario que presente un comprobante de ingresos.

****Si no tiene recibos de sueldo**, solicite a su **empleador actual complete y firme** el siguiente formulario.

Indique los salarios brutos de los 30 días anteriores al mes actual. Complete el formulario para **cada** padre/tutor.

PADRE/TUTOR #1: _____

Nombre del Empleador: _____ **Teléfono del Empleador:** _____

Cheque de pago recibido: Una vez por semana Cada dos semanas Dos veces por mes (ex. 1st & 15th) Una vez por mes

Complete con información de los últimos 30 días – Incluya El Pago De Horas Extras

Período de pago	Pago bruto (ANTES de las deducciones)	Pago regular	Pago de horas extras (Si corresponde)
Ejemplo: 5/12/19 – 5/25/19	\$1,234.56	\$1,000.00	\$234.56

Firma del Empleador: _____ **Fecha:** _____

Empleador/Empresa: _____

PADRE/TUTOR #2: _____

Nombre del empleador: _____ **Teléfono del Empleador:** _____

Cheque de pago recibido: Una vez por semana Cada dos semanas Dos veces por mes (ex. 1st & 15th) Una vez por mes

Complete con información de los últimos 30 días – Incluya El Pago De Horas Extras

Período de pago	Pago bruto (ANTES de las deducciones)	Pago regular	Pago de horas extras (Si corresponde)
Ejemplo: 5/12/19 – 5/25/19	\$1,234.56	\$1,000.00	\$234.56

Firma del Empleador: _____ **Fecha:** _____

Empleador/Empresa: _____

Responsabilidad Parental y Acuerdo
(PONGA SUS INICIALES en cada declaración)

Lea atentamente y ponga sus iniciales en cada casilla para confirmar que comprende y acepta sus responsabilidades.

PONGA SUS INICIALES	RESPONSABILIDAD Y ACUERDO DE PADRES
	Doy permiso para que mi hijo sea evaluado y derivado a las programas y agencias de Educación y Cuidado Temprano que colaboran con Down East Partnership for Children, que incluyen las Escuelas Públicas del Condado de Edgecombe, las Escuelas Públicas del Condado de Nash, los Programas Preescolares de Nash/Edgecombe, el Departamento de Servicios Sociales, NEWCA, Inc. – Head Start, y la Oficina de Aprendizaje Temprano y la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana. También autorizo a las agencias Preescolares asociadas a compartir la información de contacto de mi familia con los socios del condado que atienden a niños de 4 años, si creen que mi hijo es elegible para otros programas comunitarios.
	Doy permiso para que mi familia sea derivada a la Línea de Primera Familia de Down East Partnership for Children para evaluar recursos comunitarios adicionales y para recibir información sobre como elegir un cuidado infantil de calidad
	Entiendo que, si mi hijo es seleccionado para participar, se espera la participación de la familia. Trabajare en equipo con el sitio de mi hijo y los maestros para ayudar a preparar a mi hijo para el éxito futuro.
	Entiendo que el transporte hacia y desde los programas de Pre-K será responsabilidad de la familia. Si mi programa Pre-K ofrece transporte, cumpliré con las reglas y regulaciones de sus políticas de transporte.
	Entiendo que, si hay un cambio en la dirección, el número de teléfono, o la asistencia de mi hijo a cualquier tipo de cuidado autorizado, o si hay un cambio en el tamaño de la familia o el ingreso familiar, es mi responsabilidad notificar a Down East Partnership for Children e informarles de cualquier cambio.
	Doy permiso para que mi hijo reciba una evaluación del desarrollo y para que los resultados de estas evaluaciones se compartan con DEPC y los programas de Pre-K asociados.
	Entiendo que mi hijo necesitará un registro de vacunación actual, una evaluación de salud actualizada (que incluya exámenes dentales, auditivos y de la vista) dentro de los <u>30 días</u> posteriores a su primer día de asistencia a un programa de Pre-K.
	Entiendo que mi hijo puede ser incluido en una lista de espera.

La tergiversación deliberada puede exponerme a un proceso penal según las leyes estatales de NC aplicables. Mi paquete de solicitud está completo, y los ingresos se declaran correctamente. Certifico que soy el padre/cuidador legal del niño cuyo nombre aparece en esta solicitud. Debe firmar a continuación.

Firma del Padre/Cuidador Legal

Fecha

Si no es el padre, es posible que se requiera documentación oficial de tutela/custodia puede

**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: _____ Birth Date: ____/____/20____ (mm/dd/yyyy)
(Last) (First) (Middle)

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: _____

HEALTH CARE PROVIDER COMPLETE

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. _____
 Medication must be given and/or available at school 2. _____ 4. _____
- Allergy
 Food: _____ Insect: _____ Medicine: _____ Other: _____
Type of allergic reaction: Anaphylaxis Local Reaction Response Required: Epinephrine Auto-Injector Other: _____ None
- Developmental Concerns Identified – Child needs referral to school support team for further evaluation. (See comments below)
- Special Diet
Guidance: _____
- Health-Related Recommendations to Enhance School Performance (For example: sitting 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 Professional'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's Name: _____
Provider's Signature: _____ Date: _____
Practice/Clinic Name: _____
Practice/Clinic Address: _____
Practice Phone: _____ Fax: _____

Provider Stamp Here

Personal Data

Child's Birth Date: ___/___/20___ (mm/dd/yyyy)

County of Residence: _____ Zip Code: _____

Race: 1 Other Non-White 2 White 3 Black 4 American Indian 5 Chinese
 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)

- | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergy | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy | <input type="checkbox"/> Enuresis (Daytime) | <input type="checkbox"/> Obesity | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> At-Risk for TB |
| <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> At-Risk for Anemia | <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis | <input type="checkbox"/> Genetic Disorders | <input type="checkbox"/> Orthopedic Conditions | <input type="checkbox"/> Vision Disorders | |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Dental Conditions | <input type="checkbox"/> Heart Conditions | <input type="checkbox"/> Prematurity (<32 wks. EGA) | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Attention/Learning | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hearing Disorders | <input type="checkbox"/> Seizures/Convulsions | <input type="checkbox"/> None | |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder | <input type="checkbox"/> Emotional/Behavioral | <input type="checkbox"/> Kidney Disorders | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia <input type="checkbox"/> Trait | | |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Leukemia | <input type="checkbox"/> Encopresis | <input type="checkbox"/> Lead (Hx of >10 mcg/dL) <input type="checkbox"/> At-Risk <input type="checkbox"/> Test Done | <input type="checkbox"/> 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> <table border="0" style="width:100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Within Normal</td> <td style="text-align: center;">Concern Identified</td> <td style="text-align: center;">Referred to Specialist</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> <p>Developmental Domains:</p> <table border="0" style="width:100%;"> <tr> <td>Emotional/Social</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problem Solving</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Language/Communication</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fine Motor Skills</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gross Motor Skills</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Comments: _____</p>	Within Normal	Concern Identified	Referred to Specialist	1	2	3	Emotional/Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problem Solving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Language/Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fine Motor Skills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gross Motor Skills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Hearing</th> <th style="width: 15%;">1000 Hz</th> <th style="width: 15%;">2000 Hz</th> <th style="width: 15%;">4000 Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Right</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Left</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box. Refer means any failure at any frequency in either ear at >20dB.</i></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 appt. 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" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">Right</th> <th style="width: 15%;">Left</th> <th style="width: 15%;">Stereopsis</th> <th style="width: 15%;">Pass</th> <th style="width: 15%;">Fail</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Far:</td> <td style="text-align: center;">20/</td> <td style="text-align: center;">20/</td> <td style="text-align: center;">Acuity Test Used:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </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	Pass	Fail	Far:	20/	20/	Acuity Test Used:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Within Normal	Concern Identified	Referred to Specialist																																																		
1	2	3																																																		
Emotional/Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
Problem Solving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
Language/Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
Fine Motor Skills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
Gross Motor Skills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
Hearing	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz																																																	
Right																																																				
Left																																																				
	Right	Left	Stereopsis	Pass	Fail																																															
Far:	20/	20/	Acuity Test Used:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															

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 |
| | 1 | 2 |
| 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: _____