

## APÉNDICE H MUESTRA DE SOLICITUD PARA NIÑOS

Jefe del Hogar:	Fecha de nacimiento:
-----------------	----------------------

Información del niño	
El nombre del niño:	Fecha de nacimiento:
Nombre preferido del niño:	
El niño vive con: <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos padres <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Padre adoptivo	
¿Tiene la custodia del niño mencionado anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartido	
Si no, proporcione el nombre legal de la persona que tiene la custodia legal: _____	
Si es custodia compartida, con quien comparte la custodia: _____	

Información del Contacto			
Dirección física:			
Ciudad:		Estado:	
		Código Postal:	
Numero de teléfono:	Tipo de teléfono:	¿Es este su número de teléfono principal?	Notas y Comentarios (Especifique si se trata de un teléfono de mensajes)
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Información sobre el cuidado de niños	
¿Está el niño nombrado arriba actualmente inscrito en un programa de educación o cuidado de niños a tiempo completo? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span>	
En caso afirmativo, de qué tipo: <input type="checkbox"/> Centro de Cuidado Infantil <input type="checkbox"/> Hogar de Cuidado Infantil <input type="checkbox"/> Hogar de Familiares <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Está buscando un programa de educación o cuidado de niños para poder asistir a la escuela o al trabajo? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span>	
¿En qué horario necesita cuidado de niños? _____	
¿Está usted en un subsidio de cuidado de niños? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span>	
En caso afirmativo, ¿trajo prueba de la documentación? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</span>	

Desarrollo infantil	
¿Tiene preocupaciones sobre la salud y el desarrollo general de su hijo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, describa las preocupaciones:	_____
¿Quién ha expresado preocupaciones?	
<input type="checkbox"/> Médico de Atención Primaria <input type="checkbox"/> Proveedor Médico <input type="checkbox"/> Personal de Primera Infancia	
<input type="checkbox"/> Miembro de la familia <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):	_____
¿Tiene su hijo una discapacidad documentada, un IEP/IFSP certificado o necesita servicios de asistencia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha del IEP/IFSP?:	_____
¿Tiene alguna preocupación sobre el estado de ánimo o el comportamiento de su hijo? (Por ejemplo: llanto excesivo, comportamiento agresivo, rabieta o comportamiento sexual).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, describa las preocupaciones:	_____

Información Nutricional	
¿Tu hijo tiene alergia alimentaria?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿a qué es la alergia?	_____
Describe cualquier reacción:	_____
¿Su hijo sigue una dieta especial prescrita por un médico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo explicar:	_____
Enumere los alimentos que no come por motivos médicos, religiosos o personales:	_____
* * * * *	
Complete las siguientes dos preguntas solo si su hijo tiene entre 0 y 12 meses.	
¿Qué come su hijo? <input type="checkbox"/> Leche Materna <input type="checkbox"/> Fórmula (Especifique Marca):	_____
<input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Otro:	_____
¿Método de alimentación? <input type="checkbox"/> Alimentado con pecho <input type="checkbox"/> Alimentado con biberón	

Nombre del niño:	Fecha de Nacimiento:
------------------	----------------------

Información del hogar médico	
Medico/Clínica:	Teléfono:
Dentista:	Teléfono:
Especialista:	Teléfono:
Tipo de seguro médico: <input type="checkbox"/> Programa estatal <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Nativo <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre del proveedor de seguros: _____ ¿Dental incluido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Número de póliza de seguro o identificación: _____	Fecha de vencimiento del seguro: _____
Vacunas requeridas al momento de la inscripción: _____	

Historial Medico	
¿Alguna vez ha sido hospitalizado u operado su hijo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo explicar: _____	
¿Tu hijo ha tenido alguna vez un accidente grave? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo explicar: _____	
Identifique cualquier condición de salud pasada o presente que haya tenido su hijo:	
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Dificultades auditivas	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco
<input type="checkbox"/> Usa audífonos	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes
<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Se recetan anteojos	<input type="checkbox"/> Eccema
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas para masticar o tragar
<input type="checkbox"/> Constipación frecuente	<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente
¿Su hijo toma medicamentos en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Necesitará su hijo tomar medicamentos en la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del medicamento?: _____	
¿Por qué su hijo toma la medicación? _____	

Historial de nacimiento

Peso: Libras: \_\_\_\_\_ / Onzas: \_\_\_\_\_ Longitud: \_\_\_\_\_ (Pulgadas)

Edad gestacional:  Término  Prematuro ( Semanas)  Más de dos semanas de retraso

Tipo de parto:  Vaginal  Cesárea  Desconocido

Duración de la estadía hospitalaria del bebé:  Rutinaria  No rutinaria, Duración de la estadía: \_\_\_\_\_

Lugar de entrega:  Hospital/Clínica  Centro de maternidad  Domicilio  Desconocido

¿Hubo alguna complicación asociada con este parto (prematuro, sufrimiento fetal, etc.)?  Si  No  Desconocido

En caso afirmativo, describa:

\_\_\_\_\_

¿Tuvo el bebé algún problema al nacer?  Si  No

En caso afirmativo, describa:

\_\_\_\_\_

Describa cualquier defecto congénito observable:

\_\_\_\_\_

¿Tuvo la madre algún problema de salud durante el embarazo o el parto?  Si  No

En caso afirmativo, describa:

\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre del padre/tutor

\_\_\_\_\_