



## Gracias por su interés en Jefferson County Head Start!

Head Start es un programa sin costo, amplio, enfocado a niños, centrado en familias para niños de los edades 3-5. Tenemos un surtido de servicios individualizados en las áreas de educación, desarrollo de niños en las edades de niñez temprana, medico, dental, salud mental, nutrición, apoyo familiar, y educación y entrenamiento para los padres están disponible a familias elegibles.

Para ser inscritos, los niños tienen que tener tres años pero no haber llegado a los cinco años antes de 1 de Octubre del año de inscripción. Sugerimos que las familias hagan su solicitud antes de que el niño cumple 3 años y estarán inscritos inmediatamente cuando el niño cumple los 3 años. Las familias tienen que vivir en nuestra área de servicio, o sea, Jefferson County, no incluyendo de la ciudad de Lakewood. Se requiere verificación de residencia. (Residentes de la Ciudad de Lakewood pueden llamar a 303-987-2490 para solicitar lugar en Lakewood Head Start.)

Todas las familias tienen que dar verificación de ingresos para entrar al programa. Niños adoptivos, familias sin hogar, familias recibiendo TANF o SSI también son elegibles a nuestro programa. Aunque la mayoría de nuestras familias encuentran debajo de la pauta federal de pobreza, tenemos algunos lugares más, apartados para las familias con ingresos más altos pero que sus niños tienen necesidades especiales y otras circunstancias. Ingresos no es nuestro único criterio. Sugerimos a todas las familias a meter su solicitud!

### Locales:

Arvada – 5150 Allison St, Arvada, CO

Wheat Ridge – 12725 W 42<sup>nd</sup> Ave, Wheat Ridge, CO

### Opciones de programas:

- Sesiones de Día Parcial. Esas clases son sin costo, 3.5 horas y ofrecemos sesiones tanto en la mañana que en la tarde.
- Clases de Pre-escolar con Iniciativa Extendida (EPIC). Esas clases son de 9 horas y tienen más requisitos para inscribir. Hay un costo para este programa, que opera después de nuestras horas hábiles de Head Start. Para que se consideran para este programa, habrá que llenar una aplicación adicional.

Las familias tiene que llenar los requisitos adicionales para que les toma en cuenta para la consideración a EPIC. Eso incluye: Padres que trabajan o atiendan la escuela de tiempo completo, niños que están adoptivos o familias sin casa o familias recibiendo TANF o familias con un caso abierto con CYF.

**Ve el otro lado de la pagina para instrucciones para llenar la solicitud.**

## Así es como inscribir:

**Paso 1:** Llamarnos, venga a la oficina, o visítanos “en línea” para completar una solicitud preliminar!

<http://jeffco.us/human-services/head-start/enrollment/>

También se puede hacer este paso a través de PEAK en:

<https://coloradopeak.secure.force.com/>

**Paso 2:** Pedir una cita con el equipo de elegibilidad para determinar su elegibilidad

Para determinar elegibilidad, necesitamos:

- Verificación de su Dirección
- Verificación de Ingresos
- Acta de Nacimiento del Niño

Antes que su hijo puede empezar la escuela, necesitamos:

- Lista de Inmunizaciones Recibidas

Otra Documentación requerida antes de que su hijo empiece la escuela:

- Examen Físico hecho durante los últimos 12 meses.  
(si no tiene un examen físico reciente, nuestros ayudarán a Ud. para poder obtener uno dentro los 30 días de inscripción)
- Examen Dental  
(si no tiene un examen dental reciente, nuestros ayudarán a Ud. para poder obtener uno dentro los 90 días de inscripción)

Aplicaciones se pueden entregar a cualquiera de las direcciones, mandarla por fax a 720-898-0664, o mandado por correo electrónico a [HeadStart@jeffco.us](mailto:HeadStart@jeffco.us). Si ud. tiene alguna pregunta, favor de llamarnos a 720-497-7900.

**Estamos esperando conocerlo muy pronto!**



## SOLICITUD PRELIMINAR

### Información del Niño (Solicitante)

**Nombre del Niño:** \_\_\_\_\_  
Primer Nombre
Segundo Nombre
Apellido(s)

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  Masculino  Femenina

**Idioma Principal del Niño:** \_\_\_\_\_ **Idioma Secundaria:** \_\_\_\_\_

**Seguro Medico del Niño:**  
 Medicaid  CHP+  Privado/Otro \_\_\_\_\_  Ninguno

Número del Seguro: \_\_\_\_\_

**Raza del Niño:**  
 Indígena Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afro Americano  Multi-Racial  
 Nativo de Hawái o Islas Pacíficas  Blanco  Otro: \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**  
 Hispánico o Latino  No-Hispánico o No-Latino

**Preocupaciones de Salud o Desarrollo (favor de marcar todos que aplican)**  No preocupaciones de salud o desarrollo  
 Preocupaciones del desarrollo de mi hijo  Tiene una condición médica crónica  
 IEP o IFSP (Discapacidad Diagnosticado)  Tiene una alergia severa (incluyendo alimentos)  
 Su habla/lenguaje  Restricciones de dieta  
 Preocupaciones de comportamiento/emociones  Tendrá que tomar medicamentos en horas escolares

Favor de explicar todas las contestaciones señalados: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Información del Hogar

**Dirección del Hogar:** \_\_\_\_\_  
Ciudad
Estado
Código

**Dirección por Correo:** \_\_\_\_\_  
 (si es diferente) Ciudad
Estado
Código

Número Telefónico	Tipo	Indica de quien es el numero
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	

**Pariente/Guardián #1**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

**Sexo:**  Masculino  Femenina **Relación al Niño:** \_\_\_\_\_

**Idioma Principal:** \_\_\_\_\_ **Idioma Secundaria:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Esa persona vive con el niño?  Si  No

Esa persona mantiene al niño?  Si  No

**Nivel más alto de educación cumplida:**

- Grado 9 o menos  Grado 10  Grado 11  Grado 12  GED  Graduado de High School  
 Graduado de College/Certif. Entrenamiento  College o Entrenamiento Avanzado  Título de Asociado  
 Licenciatura  Maestría

**Estado de Empleo (marcar todos que corresponda):**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Empleo Actual</b>                     | <b>Sin empleo</b>                                    | <b>Actualmente inscrita en escuela</b>   |
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo | <input type="checkbox"/> Actualmente buscando empleo | <input type="checkbox"/> Tiempo completo |
| <input type="checkbox"/> Tiempo parcial  | <input type="checkbox"/> Jubilado o Incapacitado     | <input type="checkbox"/> Tiempo parcial  |
| <input type="checkbox"/> Por temporada   | <input type="checkbox"/> No Empleado (queda en casa) |  |

**Raza:**

- Indígena Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afro Americano  Multi-Racial  
 Nativo de Hawái o Islas Pacificas  Blanco  Otro: \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**  Hispánico o Latino  No-Hispánico o No-Latino

**Pariente/Guardián #2**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido (s)

**Sexo:**  Masculino  Femenina **Relación al Niño:** \_\_\_\_\_

**Idioma Principal:** \_\_\_\_\_ **Idioma Secundaria:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Esa persona vive con el niño?  Si  No

Esa persona mantiene al niño?  Si  No

**Nivel más alto de educación cumplida:**

- Grado 9 o menos  Grado 10  Grado 11  Grado 12  GED  Graduado de High School  
 Graduado de College/Certif. Entrenamiento  College o Entrenamiento Avanzado  Título de Asociado  
 Licenciatura  Maestría

**Estado de Empleo (marcar todos que corresponda ):**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Empleo Actual</b>                     | <b>Sin empleo</b>                                    | <b>Actualmente inscrita en escuela</b>   |
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo | <input type="checkbox"/> Actualmente buscando empleo | <input type="checkbox"/> Tiempo completo |
| <input type="checkbox"/> Tiempo parcial  | <input type="checkbox"/> Jubilado o Incapacitado     | <input type="checkbox"/> Tiempo parcial  |
| <input type="checkbox"/> Por temporada   | <input type="checkbox"/> No Empleado (queda en casa) |  |

**Raza:**

- Indígena Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afro Americano  Multi-Racial  
 Nativo de Hawái o Islas Pacificas  Blanco  Otro: \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**  Hispánico o Latino  No-Hispánico o No-Latino

**Información Familiar**

**Que descripción es lo mas similar a su familia? Favor de marcar solamente una.**

- Familia de un solo padre     
  Abuelo/Familiar y el niño     
  Familia adoptivo  
 Familia con 2 padres     
  Guardián legal y el niño     
  Otro \_\_\_\_\_

**Favor de indicar todos los niños que viven en su hogar:**

Primer Nombre	Apellido (s)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relation al Solicitante
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

**Otro Información**

**Como supo Ud. de Head Start?**

- Familia, amistades, conversaciones     
  Facebook o otra red social  
 Correo o folleto dejado a su casa     
  Agencia de la Comunidad: \_\_\_\_\_  
 Poster o volante: donde? \_\_\_\_\_     
  Child Welfare Agency  
 Pagina Web de Jefferson County Head Start     
  Feria o evento: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Hay alguna otra cosa que le gustaría informarnos de su familia?**

---



---

Debido a las reglas del programa, Jefferson County Head Start solo sirve familias que residen en Jefferson County, no incluyendo la ciudad de Lakewood.

Jefferson County Head Start no discrimina basado en raza, ni color, origen nacional, sexo, religión, edad o incapacidad para ofrecer sus servicios.

Certifica que toda la información dado en esa solicitud es la verdad según mis conocimientos.

Firma del Pariente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





Enero de 2016

Spanish for Child Care and Preschool

Estimados padres de los alumnos de guarderías y preescolares de Colorado (año lectivo 2016-17):

La vacunación es parte importante del cuidado de la salud de nuestros niños y de la comunidad. Las leyes de Colorado disponen que los niños que asisten a guarderías autorizadas o instituciones preescolares estén vacunados contra enfermedades que se pueden prevenir por ese medio. **El propósito de esta carta es proporcionar información sobre vacunación y recordarles a los padres la necesidad de la vacunación al volver a la escuela.** El cuadro en la página 2 muestra qué vacunas se **requieren** para asistir a guarderías e instituciones preescolares, así como las **recomendadas** que proveen mayor protección contra enfermedades que se pueden prevenir por ese medio. **No ha habido cambios a las vacunas requeridas el año escolar anterior.** Aconsejamos que comparta esta carta con el proveedor de atención médica de su hijo o el organismo de salud pública local (LPHA) donde su hijo recibe sus vacunas.

El estado de Colorado se adhiere al calendario de vacunación del Comité Asesor de Prácticas de Vacunación que depende de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Dicho calendario cuenta con la aprobación de la Academia Estadounidense de Pediatría, la Academia Estadounidense de Médicos de Familia y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos. Dicho calendario de vacunación es el que mejor protegerá a su hijo de las enfermedades que se pueden prevenir por dicho medio, y constituye la norma nacional para los profesionales de la salud que vacunan a los niños.

A partir del 1.º de julio de 2016, los padres o tutores que busquen exoneraciones no médicas (por motivos religiosos o personales) para niños que no están en edad de ir al kindergarten pero que asisten a guarderías o instituciones preescolares, deben presentar formularios de exoneración no médica cada vez que se requiera vacunación según la edad: 2 meses, 4 meses, 6 meses, 12 meses y 18 meses de edad. Las exoneraciones médicas deben presentarse una sola vez y deben llevar la firma del doctor o enfermero especializado que atiende a su hijo. Para presentar una exoneración médica o no médica, visite [www.colorado.gov/vaccineexemption](http://www.colorado.gov/vaccineexemption) (en inglés) y siga las instrucciones. Es posible que los niños que hayan sido exonerados de vacunarse no puedan asistir a la escuela durante un brote de enfermedad.

Es probable que los padres tengan preguntas o deseen obtener más información sobre las vacunas y su seguridad. Los recursos para padres sobre la seguridad e importancia de las vacunas se pueden consultar en los siguientes enlaces: [www.ImmunizeForGood.com](http://www.ImmunizeForGood.com) (en inglés) y [www.colorado.gov/cdphe/immunization-education](http://www.colorado.gov/cdphe/immunization-education) (en inglés).

Las leyes de Colorado disponen que las guarderías y preescolares proporcionen información sobre vacunación por nivel de grado y sobre exoneraciones al Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE), a más tardar, el 1.º de diciembre de 2016. Se publicarán los índices de vacunación y exoneraciones de la mayoría de las guarderías y preescolares en el sitio web de CDPHE tan pronto sean verificados. Es posible que muchos padres, especialmente aquellos con hijos que no pueden recibir vacunas por razones médicas, deseen saber cuáles son las escuelas con mayor protección contra las enfermedades prevenibles por medio de la vacunación.

Hable sobre las necesidades de vacunación de su hijo con el proveedor de atención médica o el organismo de salud pública local y lleve los registros de vacunación a la escuela cada vez que vacune a su hijo. Para encontrar el organismo de salud pública de su localidad u obtener información sobre vacunas gratuitas o a precios reducidos, llame a la línea de salud familiar (*Family Health Line*) al 1-303-692-2229 o al 1-800-688-7777). **Póngase en contacto con su escuela si tiene preguntas sobre los requisitos de vacunación para la escuela.**

Atentamente,

Jamie D'Amico, RN, MSN, CNS  
División de Vacunaciones de CDPHE - Coordinador escolar y comunitario  
303-692-2957 | [jamie.damico@state.co.us](mailto:jamie.damico@state.co.us)  
[www.coloradoimmunizations.com](http://www.coloradoimmunizations.com)





## Cuadro de vacunación para guarderías Vacunas requeridas para guarderías, preescolares e ingreso a kindergarten para el año lectivo 2016-2017

1. Este cuadro es una "guía" dirigida a las guarderías o a los padres o tutores a fin de que puedan determinar qué vacunas son obligatorias para cumplir con los requisitos de vacunación del estado. Seleccione el rango de edad del alumno en la columna de la izquierda. La cantidad de dosis requeridas se encuentra en cada una de las columnas y las vacunas se indican a lo largo de la parte superior de la página. Compare el registro de vacunación del alumno con este cuadro para asegurarse de que tenga como mínimo la cantidad de dosis requeridas. El Consejo de Salud de Colorado ha aceptado el calendario del Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (ACIP) para aquellas vacunas actualmente "requeridas" para la asistencia de los alumnos. Las vacunas que no son obligatorias pero que se recomienda tener son: rotavirus, hepatitis A y gripe.
2. Lea el calendario de vacunación de ACIP como guía específica que se puede consultar en: [www.coloradoimmunizations.com](http://www.coloradoimmunizations.com), (en inglés) y haga clic en "Immunization Schedules" (calendarios de vacunación).
3. Si el alumno no cuenta con la cantidad mínima de dosis requeridas, se notificará directamente a los padres o tutores (en persona, por teléfono o por correo). Dentro de los 14 días de la notificación directa, uno de los padres o tutores deberá obtener la(s) vacuna(s) requerida(s) o elaborar un plan para hacerlo y proporcionar documentación por escrito de dicho plan.
4. Las leyes de Colorado permiten que los padres o tutores presenten las exoneraciones médicas firmadas por un proveedor de atención médica y las exoneraciones no médicas (por motivos religiosos o personales).

Edad del niño	N.º de dosis requeridas DT, DTP o DTaP <i>Difteria, tétanos y tos ferina</i>	N.º de dosis requeridas IPV <i>Antipoliomielítica</i>	N.º de dosis requeridas MMR <i>Sarampión, paperas y rubéola</i>	N.º de dosis requeridas Hib <i>Haemophilus influenzae tipo b</i>	N.º de dosis requeridas Hep B <i>Hepatitis B</i>	N.º de dosis requeridas Varicela	N.º de dosis requeridas PCV13 <i>Enfermedad neumocócica</i>
Al 1.º mes	-	-	-	-	1♣	-	-
A los 3 meses	1	1	-	1	2♣	-	1-
A los 5 meses	2	2	-	2	2♣	-	2-
A los 7 meses	3	2	-	3/2♥	2♣	-	3/2-
A los 16 meses	3	2	1+	4/3/2/1♥	2♣	1*	4/3/2-
A los 19 meses	4	3	1	4/3/2/1♥	3♣	1	4/3/2-
A los 2 años	4	3	1	4/3/2/1♥	3♣	1	4/3/2/1-
Al ingresar a K	5/4♦	4/3♣	2		3♣	2	-

- ♣ En el estado de Colorado son obligatorias 5 dosis de las vacunas DTaP para ingresar a la escuela, a menos que la cuarta dosis haya sido dada a partir de los 48 meses de edad (es decir, al cumplir los 4 años o después), en cuyo caso solo se requieren 4 dosis. Deben transcurrir al menos 4 semanas entre la dosis 1 y la dosis 2, al menos 4 semanas entre la dosis 2 y la dosis 3, al menos 4 meses entre la dosis 3 y la dosis 4, y al menos 6 meses entre la dosis 4 y la dosis 5. La última dosis no debe darse antes de los 4 años de edad (la dosis 4 se puede dar a los 12 meses, siempre que pasen al menos 4 meses entre la dosis 3 y la dosis 4).
- ♣ En Colorado, para ingresar a la escuela se requieren 4 dosis de la vacuna antipoliomielítica. Deben transcurrir al menos 4 semanas entre la dosis 1 y la dosis 2, al menos 4 semanas entre la dosis 2 y la dosis 3, y al menos 6 meses entre la dosis 3 y la dosis 4. La dosis final no debe administrarse antes de los 4 años de edad. No se requiere una cuarta dosis si la tercera se administró a partir de la edad de 4 años y por lo menos seis meses después de la segunda dosis.
- + La primera dosis de MMR, vacuna que se administra más de 4 días antes de que el niño cumpla el primer año no constituye una dosis válida y no puede aceptarse. ACIP recomienda que la primera dosis de MMR se administre entre los 12 y 15 meses de edad. Se considera que el alumno está en incumplimiento si no hay registro de la vacuna MMR a los 16 meses de edad.
- ♥ La cantidad de dosis obligatorias de la vacuna Hib depende de la edad en que esta se administró y de la edad que el niño tenga en el momento. Si recibe una dosis a los 15 meses o después, se considera que el requisito está cumplido. En el caso de los niños que comienzan con la serie antes de los 12 meses, se requieren 3 dosis, de las que al menos una debe administrarse a los 12 meses o después. Si el alumno recibió la primera dosis entre los 12 y los 14 meses, se requieren 2 dosis. Si el alumno tiene 5 años o más, no se requieren dosis nuevas o adicionales. La cantidad de dosis e intervalos puede variar según el tipo de vacuna Hib.
- ♣ La vacuna contra la hepatitis B es la única que puede administrarse al nacer. La segunda dosis de la vacuna contra la hepatitis B deberá administrarse al menos 4 semanas después de la primera dosis; la tercera dosis deberá administrarse al menos 16 semanas (4 meses) después de la primera dosis; y la última dosis deberá administrarse al menos 8 semanas después de la segunda dosis y a los casi 6 meses de edad o mayor (24 semanas).
- \* Si se presenta el comprobante médico de que el niño tuvo varicela, se considera cumplido el requisito para dicha enfermedad. La vacuna contra la varicela que se administre más de 4 días antes de que el niño cumpla el primer año NO constituye una dosis válida y no puede aceptarse. ACIP recomienda administrar la primera dosis entre los 12 y 15 meses. Se considera que el alumno está en incumplimiento si no se administra la primera dosis a los 16 meses de edad.
- La cantidad de dosis de la vacuna PCV13 depende de la edad del alumno en el momento y de la edad que tenía cuando se le administró la primera dosis. Si la primera dosis se administró entre los 2 y 6 meses de edad, el alumno recibirá 3 dosis (2, 4 y 6 meses) en intervalos de al menos 4 a 8 semanas, y una dosis adicional entre los 12 y 15 meses, al menos 8 semanas después de la última dosis. Si esta se administró entre los 7 y 11 meses de edad, el alumno recibirá 2 dosis con un intervalo de al menos ocho semanas y una dosis adicional entre los 12 y 15 meses de edad. Si el niño recibió la primera dosis entre los 12 y los 23 meses, se requieren 2 dosis con un intervalo de 8 meses. Con cualquier dosis administrada entre los 24 meses y los 4 años de edad, se considera que el requisito de la vacuna PCV está cumplido. No se requiere ninguna dosis si el niño ya cumplió 5 años.



**JEFFERSON COUNTY HEAD START**  
Serving Jefferson, Clear Creek, Gilpin, and Park counties  
**PHYSICAL EXAMINATION**

<b>PARENT TO COMPLETE</b>	<b>CHILD'S NAME:</b>	<b>CENTER/CLASS:</b>	<b>BIRTHDATE:</b>
	PARENTS/GUARDIANS: Your doctor may require this release of information for their records. As parent/guardian of the above named child, I authorize the mutual exchange of the below confidential information between Jefferson County Head Start and the clinic/provider completing this form.  <b>Signature:</b> _____ <b>Date:</b> _____		

**TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER**

Allergies:	Current Medications:
------------	----------------------

Temp _____	Pulse _____	BP _____/_____	Height _____%	Weight _____%	BMI _____
------------	-------------	----------------	---------------	---------------	-----------

**\*\*\*\*\*All Head Start students are required to follow the EPSDT standards for Medicaid regardless of insurance type\*\*\*\*\***  
*If blood lead level was done at 9-12 & 24 months and HGB/HCT was done before this exam, we can use those results.*

Has this child ever received a blood lead test?  Yes  No  
 Date of test: \_\_\_\_\_  
 Results: \_\_\_\_\_mcg/dL  Normal  Abnormal

Has this child ever received a hemoglobin test?  Yes  No  
 Date of test: \_\_\_\_\_  
 Results: \_\_\_\_\_gm/dL or \_\_\_\_\_%  Normal  Abnormal

TB Risk Assessment Risk? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	TB skin test? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Results <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
--	---

Child Health History:  
 History of birth injury, abnormal growth/development, congenital defects? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Significant acute or chronic medical problems? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Significant behavior/emotional concerns? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Special diet requirements? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Any concerns regarding child's growth or weight? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Do the child's activities need to be modified because of the above or other circumstances? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Development: Circle any areas of concern  
 Adaptive/Cognitive    Language/Communication

Gross Motor	Social/Emotional	Fine Motor
	N    A	
Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Mental Health	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Physical:	N    A	N    A
General appearance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chest <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lungs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eyes (Cover/Uncover)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Genitalia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Spine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extremities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Neurologic <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gait <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Describe abnormal findings and comments:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Immunizations given today: \_\_\_\_\_  
***If immunizations were given today, a signed Colorado Certificate of Immunization must be submitted to Jefferson County Head Start with this evaluation.***

\_\_\_\_\_  
 (initial) **I hereby certify that the above named child is in good health and is of normal physical and emotional maturity for age except as already noted. The child may fully participate in the program.**

**SIGNATURE OF HEALTH CARE PROVIDER:** \_\_\_\_\_

**NAME OF CLINIC/OFFICE (PLEASE PRINT):** \_\_\_\_\_

**PHONE NUMBER:** \_\_\_\_\_

**FAX NUMBER:** \_\_\_\_\_

<b>EXAM DATE:</b>	<b>NEXT EXAM:</b>	<b>IS THIS THE CHILD'S MEDICAL HOME? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</b>
-------------------	-------------------	---

## Dear Provider,

Head Start Federal Performance Standards mandate that certain medical tests are done that you may not do on a regular basis at yearly physicals. **All of our students are required to follow the EPSDT standards for Medicaid regardless of insurance type.**

These tests include a

- **Hematocrit or Hemoglobin** at ages 3 & 4-5
- **Tb test** for high- risk populations (determined by the physician).
- **Lead test** – CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services ) requires that “all Medicaid-eligible children receive a screening blood test at **12 months and 24 months** of age. Children between the ages of **36 to 72 months** must also have a screening blood test if a lead toxicity screening has not been previously conducted. For cases where a blood "finger stick" test result is equal to or greater than 10ug/dL, the result must be confirmed through a venous blood draw”. Please provide us with the results of any previous lead tests.

Please assist us in assuring that your patients get these tests completed at their physicals so that they do not have to schedule an extra visit.

Thank you,

Cat Nash BSN, RN  
Jefferson County Head Start  
Ph: (720) 497-7909  
Fax: (720) 898-0664  
cnash@jeffco.us

**JEFFERSON COUNTY HEAD START**  
 Serving Jefferson, Clear Creek, Gilpin, and Park counties  
**DENTAL HEALTH EVALUATION**

**CHILD'S NAME:** \_\_\_\_\_

**BIRTHDATE:** \_\_\_\_\_

**CENTER/CLASS:** \_\_\_\_\_

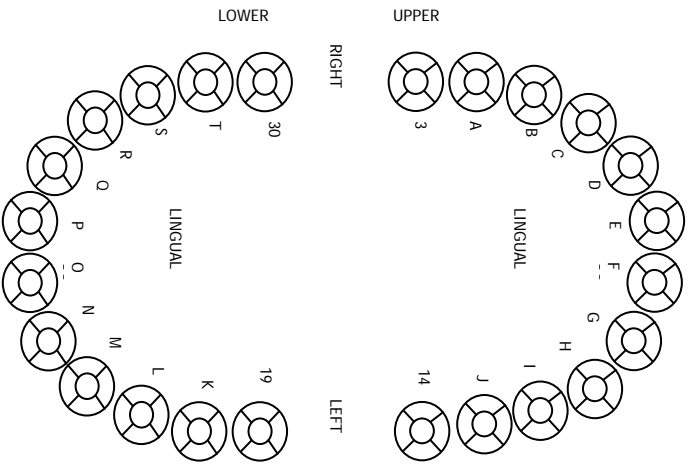
**Date of Exam:** \_\_\_\_\_

**Routine Exam**

**Follow Up Treatment**

**Primary Dental Home**  **YES**  **NO**

<p><b>Preventative care Received today:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cleaning</p> <p><input type="checkbox"/> Fluoride Application</p> <p><input type="checkbox"/> Sealants</p> <p><b>Oral Health Status:</b></p> <p><input type="checkbox"/> No Oral health disease</p> <p><input type="checkbox"/> Active oral health disease</p> <p><input type="checkbox"/> Cavities (# _____)</p>	<p><b>Comments:</b></p> <p><b>Comments:</b></p>
<p><b>Treatment Received Today:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Restoration(# _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Extraction (# _____)</p> <p><input type="checkbox"/> All restorative treatment completed</p>	<p><b>Comments:</b></p>
<p><b>Treatment Needed at Next Visit:</b></p> <p><input type="checkbox"/> No treatment needed, recall in 6 months</p> <p><input type="checkbox"/> Preventative Care (ex. Sealants)</p> <p><input type="checkbox"/> Restoration</p> <p><input type="checkbox"/> Extraction</p>	<p><b>Approximate number of visits needed: (# _____)</b></p> <p><b>Date of next appointment: _____</b></p>
<p><b>Referrals:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Needs referral to pediatric dentist</p> <p><input type="checkbox"/> Needs treatment under general anesthesia</p> <p><input type="checkbox"/> Needs referral to other dental specialist</p> <p>Referred to: _____</p>	
<p>Name: _____ Phone Number: _____ Appointment Date: _____</p>	



**Signature of Provider:** \_\_\_\_\_ **Clinic Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Return Fax: 720-898-0664**