



**ChildName:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del Niño(a) Fecha de Nacimiento

**CLC Placement Worksheet** (Hoja de Ubicación)

**Is there a sibling currently enrolled in a CLC program?**  No  Yes **(Name/Location)** \_\_\_\_\_  
 Tiene el niño(a) un hermano(a) inscrito(a) en el programa de CLC? No Si (Nombre/Ubicación)

**Is there a relationship with any CLC staff member?**  No  Yes **(Name/Relationship)** \_\_\_\_\_  
 Tiene algún familiar trabajando en CLC? No Si (Nombre/ Relación)

**How did you hear about the CLC programs?** (check all that apply)  
 Cómo se enteró del programa de CLC? (Marcar los que correspondan)

- 211 Infoline  Family/Friends  Internet  Stamford Public Schools  
 Guía de Información Familias/Amigos Internet Las escuelas públicas de Stamford
- Community Agency: \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_  
 Una agencia en la comunidad Otro

**What is your current form of transportation:**  own car  public transportation  walking  Other: \_\_\_\_\_  
 Cuál es el método de transporte que usted usa: Carro propio transporte pública Caminando Otro

**What type of care are you interested in:**  Full Day  Part Day AM (8:30-11:15)  Part Day PM (12:30-3:15)  
 Qué tipo de cuidado usted necesita Todo el día Parte del día en la mañana parte del día en la tarde

**Are you interested in starting care at CLC:**  as soon as possible  Fall  Other: \_\_\_\_\_  
 Está interesado en cuidados Lo antes posible Otoño Otro

**What is your preference for center locations?** (Indicate your choices with a #1 being your first choice)  
 Cúal centro prefiere (Indique su primera, segunda y tercera selección)

Please note: Children will be placed at any of these locations based on age, school district and availability.  
 Note: Los niños serán ubicados en cualquiera de estos centros de acuerdo al distrito escolar y a la disponibilidad de espacio.

Choice# (elección)	Name of Location Nombre de la ubicación	Address Dirección	Type of Slot Tipo de Cuidado	Hours of Operation Horas de Cuidado
	Childcare Learning Center (CD/SR)	64 Palmers Hill Road, Stamford, CT 06902	Full-Day Día Completo	7:30 am – 5:30 pm
	CLC Franklin Common (CD)	141 Franklin Street, Stamford, CT 06902	Full-Day Día Completo	7:30 am – 5:30 pm
	CLC Maple Avenue (CD/SR)	90 Maple Avenue, Stamford, CT 06902	Full-Day Día Completo	7:30 am - 5:30 pm
	CLC Lathon Wider (CD/SR)	137 Henry Street, Stamford, CT 06902	Full-Day Día Completo	7:30 am – 5:30 pm
	CLC Lockwood Avenue	93 Lockwood Ave Stamford, CT 06902	Full-Day Día Completo	7:30 am – 5:30 pm
	CLC Westover Family Resource Center (CD)	412 Stillwater Road, Stamford, CT 06902	Full-Day Día Completo	8:00am – 5:00 pm
	CLC William Pitt Child Development Center (SR)	195 Hillandale Avenue Stamford, CT 06902	Full-Day Dia Completo  Part-Day Parte del Día	7:30 am – 5:30 pm  8:30am-11:15am Or 12:30pm-3:15pm

**For Office Use Only:**

**Inquiry Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Intake Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **FSW:** \_\_\_\_\_  
 Fecha de solicitud Fecha de Matrícula Trabajadora Social

**Stamford School District:** \_\_\_\_\_ **Lives out of District:** \_\_\_\_\_  
 (Distrito Escolar en Stamford) (Distrito Escolar fuera de Stamford)



**ChildName:** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del Niño(a) Fecha de Nacimiento

**CLC Placement Worksheet** (Hoja de Ubicación)

**Has your child participated in any of the following types of programs in the past 12 months?** (Check all that apply)  
 Su hijo(a) ha participado en estos programas en los últimos 12 meses? (marcarlos que correspondan)

- School Readiness Program     Child Development Program     Head Start Program     Licensed Day Care Center  
 Guardería acreditada
- Private Nursery School     Family Day Care     Other: \_\_\_\_\_  
 Guardería privada    Cuidado de niños    Otro

**Has your child previously attended a CLC program?**  No/No     Yes/Si    Dates attended: \_\_\_\_\_  
 Su hijo(a) ha estado en el programa de CLC anteriormente?    Fechas de asistencia

**Name of CLC Site/Program:** \_\_\_\_\_ **Reason for Leaving:** \_\_\_\_\_  
 Nombre del programa    Razón de salida

**Has your child previously been enrolled in a Pre-School program?**  No     Yes    Dates attended: \_\_\_\_\_  
 Su hijo(a) ha estado en programas preescolares anteriormente?    No    Si    Fechas de asistencia

**Name of Program:** \_\_\_\_\_ **Reason for Leaving:** \_\_\_\_\_  
 Nombre del programa    Razón de salida

**What is your current childcare situation?** \_\_\_\_\_  
 Quién cuida su niño actualmente

**Childcare Learning Center Intake Registration**

Información para Registración de Childcare Learning Center

**Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fecha

**Section 1. Child Information**

**Last Name** \_\_\_\_\_ **First Name** \_\_\_\_\_ **Middle Name** \_\_\_\_\_  
 Apellido    Nombre    Segundo nombre

**Birth Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Gender:**  Male     Female    **US Citizen:**  Yes     No    **Date of Entry to USA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento    Género    Masculino    Femenino    Ciudadano Americano Si/No    Fecha de entrada a USA

**Birth Place:**    City \_\_\_\_\_    State \_\_\_\_\_    Country \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento    Ciudad    Estado    País

**Home Address** \_\_\_\_\_ **Apt. #** \_\_\_\_\_  
 Dirección    Apt. #

**City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_  
 Ciudad    Estado    Código Postal

**Family Heritage:** \_\_\_\_\_ **Ethnicity:**  Not Hispanic or Latino     Hispanic or Latino  
 Herencia Familiar    Etnicidad    No Hispano o Latino    Hispano o Latino

**Race:** (choose as many as apply):  Asian     Black     White     Native Hawaiian/Other Pacific Islander  
 Raza    (Marque los que apliquen) Asiático    Raza de Color    Blanco    Hawaiano Nativo/Isleño del Pacífico

Native America     Alaskan Native     Other \_\_\_\_\_  
 Indio Americano    Nativo de Alaska    Otro

**Primary Language:** \_\_\_\_\_ **Home Language:** \_\_\_\_\_  
 Idioma que su hijo habla principalmente    Idioma que su hijo habla en la casa

**Birth Place Mother:** \_\_\_\_\_ **Birth Place Father:** \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento de la Madre    Lugar de Nacimiento del Padre



**ChildName:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del Niño(a) Fecha de Nacimiento

**Section 2. Family Demographics (Sección 2: Demografía de la Familia)**

**Mother'sName** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Email** \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Madre Fecha de Nacimiento Correo electrónico de la madre

**Address** \_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_  
 Dirección Ciudad Estado Código Postal

**Home Phone** \_\_\_\_\_ **Cell Phone** \_\_\_\_\_ **Work Phone** \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa Teléfono celular Teléfono del trabajo

**Employer Name:** \_\_\_\_\_ **Employer Address:** \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador Dirección del trabajo

**Occupation/Job Title:** \_\_\_\_\_ **Work Schedule from** \_\_\_\_ **to** \_\_\_\_ **#Hours Per Week** \_\_\_\_\_  
 Ocupación/Tipo de trabajo Horario de trabajo Horas por semana

**Do you attend school or training?**  No/No  Yes/Si **School Schedule from:** \_\_\_\_ **to** \_\_\_\_ **#Hours Per Week** \_\_\_\_\_  
 ¿Asiste a la escuela o algún tipo de capacitación? Horario de escuela Horas por semana

**School Name:** \_\_\_\_\_ **School Address:** \_\_\_\_\_  
 Nombre de la escuela dirección de la escuela

**Mother's Highest Level of Education Completed:**  
 El nivel educativo más alto que estudio la madre:

- Not a High School Graduate/ grade: \_\_\_\_\_  High School  Trade School  Some College  
 No terminó la secundaria: Secundaria Escuela vocacional Algo de universidad
- Two Year College Graduate  Four Year College Graduate  Masters Graduate  
 Dos años de Universidad-graduado Cuatro años de universidad-graduado Masterado-Graduado

**Father's Name** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre Fecha de Nacimiento correo electrónico del padre

**Address** \_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_  
 Dirección Ciudad Estado Código Postal

**Home Phone** \_\_\_\_\_ **Cell Phone** \_\_\_\_\_ **Work Phone** \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa Teléfono celular Teléfono del trabajo

**Employer Name:** \_\_\_\_\_ **Employer Address:** \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador Dirección del trabajo

**Occupation/Job Title:** \_\_\_\_\_ **Work Schedule from** \_\_\_\_ **to** \_\_\_\_ **#Hours Per Week** \_\_\_\_\_  
 Ocupación/Tipo de trabajo Horario de trabajo Horas por semana

**Do you attend school or training?**  No/No  Yes/Si **School Schedule from:** \_\_\_\_ **to** \_\_\_\_ **#Hours Per Week** \_\_\_\_\_  
 ¿Asiste a la escuela o algún tipo de capacitación? Horario de escuela Horas por semana

**School Name:** \_\_\_\_\_ **School Address:** \_\_\_\_\_  
 Nombre de la escuela dirección de la escuela

**Father's Highest Level of Education Completed:**  
 El nivel educativo más alto que estudio el padre:

- Not a High School Graduate/ grade: \_\_\_\_\_  High School  Trade School  Some College  
 No terminó la secundaria: Secundaria Escuela vocacional Algo de universidad
- Two Year College Graduate  Four Year College Graduate  Masters Graduate  
 Dos años de Universidad-graduado Cuatro años de universidad-graduado Masterado-Graduado



**ChildName:** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del Niño(a) Fecha de Nacimiento

**Section 2. Family Demographics continued (Sección 2: Demografía de la Familia)**

**Who does the child legally reside with:**

¿Con quién el/la niño(a) reside legalmente?:

- Both Parents  Mother  Father  Legal Guardian \_\_\_\_\_  
 Con los dos padres Con la madre Con el padre Con un guardián legal

**Custodial Parent(s) Marital Status:**

Estado Civil de el/los padres de la custodia

- single  separated  divorced  widowed  married  
 soltera/o separada/o divorciada/o Viuda/o casada/o

married to \_\_\_\_\_ **Has the stepparent legally adopted child?**  No  Yes  
 Casada/o con ¿ El padrastro ha adoptado legalmente al niño(a)?

**Are both parents involved in the child's life?**  Yes  No \_\_\_\_\_  
 ¿Los dos padres están involucrados en la vida del niño(a)?

**If parent(s) reside in separate households describe visitation schedule** \_\_\_\_\_  
 Si uno de los padres reside en una casa separada al niño, por favor describa el horario de visitas

**Are there any court ordered restrictions against either parent?**  No  Yes \_\_\_\_\_  
 ¿Hay alguna restricción ordenada por la corte contra el/la padre/madre?

**Do you have additional children/dependents living in the household with the enrolled child?**  No/No  Yes/Si  
 ¿Hay otros niños/dependientes viviendo en el hogar?

<b>Name:</b> _____	<b>DOB</b> ____/____/____	<b>School:</b> _____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela
<b>Name:</b> _____	<b>DOB</b> ____/____/____	<b>School:</b> _____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela
<b>Name:</b> _____	<b>DOB</b> ____/____/____	<b>School:</b> _____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela
<b>Name:</b> _____	<b>DOB</b> ____/____/____	<b>School:</b> _____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela
<b>Name:</b> _____	<b>DOB</b> ____/____/____	<b>School:</b> _____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela

**Total number of adults in household:** \_\_\_\_\_ **Total number in household:** \_\_\_\_\_  
 Número de adultos en el hogar Número de personas en el hogar

**Do you have additional people living in your residence not included in your family unit?**  No/No  Yes/Si  
 ¿Hay otros adultos viviendo en el hogar que no incluyen los miembros de su familia?

<b>Name:</b> _____	<b>Relationship To Child:</b> _____
Nombre	Parentesco al niño(a)
<b>Name:</b> _____	<b>Relationship To Child:</b> _____
Nombre	Parentesco al niño(a)
<b>Name:</b> _____	<b>Relationship To Child:</b> _____
Nombre	Parentesco al niño(a)



**ChildName:** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del Niño(a) Fecha de Nacimiento

**Section 3. Family Background Information (Sección 3. Antecedentes Familiares)**

**Is there anything you would like to tell us about your family's background and traditions?**  No/No  Yes/Si

Hay algo referente a su familia y sus tradiciones que quisiera compartirmos? \_\_\_\_\_

**Please let us know of any skills, interests or talents you may be able to teach or share:**

Quisiera compartir o enseñar algunos de sus talentos o habilidades \_\_\_\_\_

**Please share any goals that you have for your child in the upcoming year:**

Por favor comparte alguna de las metas que usted tiene para su hijo(a) para el año escolar: \_\_\_\_\_

**Share activities that you and your child enjoy doing together:**

Comparte actividades que usted y su niño(a) disfrutan haciendo juntos: \_\_\_\_\_

**How can we work together to best support your family during the school year?**

¿Cómo podríamos trabajar juntos para apoyar a su familia durante el año escolar? \_\_\_\_\_

**How does your child react when meeting new adults and children?** \_\_\_\_\_

¿Cómo reacciona su niño(a) cuando conoce nuevos adultos y niños?

**How does your child react when upset or angry?** \_\_\_\_\_

¿Cómo reacciona su niño(a) cuando está enojado o triste?

**Has your child bit another child/adult when angry?** ¿Su niño ha mordido a otro niño o adulto cuando está enojado(a)?  Yes/Si  No/No

**How do you comfort your child when he or she is upset or angry?** \_\_\_\_\_

¿Cómo consuela a su niño(a) cuando está triste o enojado(a)?

**Describe your child's personality including strengths and challenges:**

Describe la personalidad de su niño(a), incluyendo destrezas y desafíos: \_\_\_\_\_

**Can your child dress independently?**  Yes/Si  No/No

¿Su niño(a) puede vestirse por si solo?

**Type of assistance:** \_\_\_\_\_

Tipo de asistencia

**Does your child eat independently?**  Yes/Si  No/No

¿Puede su niño(a) alimentarse por si solo?

**Type of assistance:** \_\_\_\_\_

Tipo de asistencia

**Does your child drink from a:**

Su niño(a) toma de:

breast  
pecho

baby bottle  
biberón

sippy cup  
Vasito para bebé

cup  
Vaso

**Does your child use a pacifier?**

¿Su niño(a) usa chupete?

No/No  Yes/Si

**Fall asleep drinking a bottle?**

¿Bebe de biberón/botella para dormirse?

No/No  Yes/Si

**Does your child take a nap?**  No/No  Yes/Si

¿Su niño(a) toma siesta?

**Bed time at night: from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ # of Hours Per Night \_\_\_\_\_**

En la noche duerme desde hasta #de horas que duerme en la noche

**Does your child sleep in:**  own bed

Su niño(a) duerme en cama propia

crib  
cuna

co-sleeps with parent  
con los padres

co-sleeps with sibling  
con sus hermanos

**Does your child fall asleep easily?**  No  Yes

¿Su niño(a) se duerme facilmente? No Si

**Describe your child's bedtime routine:** \_\_\_\_\_

Describe la rutina de su niño para ir a dormir:

**Is your child toilet trained:**  No/No  In Process/EnProceso

¿Su niño va sólo al baño?

Yes/Si (from age) \_\_\_\_\_

Si contestó si, desde qué edad

**Is your child still using a diaper or pull-up at naptime or at night?**

¿Su niño usa pañales a la hora de la siesta o en la noche?

Yes/Si

No/No

**Is your child having toileting accidents during the day?**

¿Su niño tiene accidentes de ir al baño durante el día?

Yes/Si

No/No

**Does your child need to be reminded to use the bathroom?**

¿Su niño necesita que se le recuerde ir al baño?

Yes/Si

No/No



**ChildName:** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del Niño(a) Fecha de Nacimiento

**Section 4. Developmental History (Sección 4. Historia del Desarrollo)**

**At what age did your child first:** crawl \_\_\_\_\_ walk \_\_\_\_\_ talk \_\_\_\_\_  
 A qué edad por primera vez su niño: gateó caminó habló

**Do you have any concerns about your child's speech, language or development?**  Yes/Si  No/No  
 ¿Tiene alguna preocupación acerca del habla, lenguaje o desarrollo de su niño?

**If yes, please explain:** \_\_\_\_\_  
 Si contestó sí, por favor explique:

**Have you discussed these concerns with your doctor?**  No/No  Yes/Si \_\_\_\_\_  
 ¿A comunicado usted sus preocupaciones con su médico?

**Does your child have a diagnosed disability?**  No/No  Yes/Si \_\_\_\_\_  
 ¿Su hijo(a) tiene una discapacidad diagnosticada?

**Does your child have a past/current IFSP (Individualized Family Service Plan)**  No/No  Yes/Si  
 ¿Su niño(a) tiene o ha tenido un IFSP? (Plan de Servicio Individualizado de la Familia)

**Does your child have a past/current IEP (Individualized Education Plan)**  No/No  Yes/Si  
 ¿Su niño(a) tiene o ha tenido un IEP? (Plan Individualizado Educativo)

**Name of provider:** \_\_\_\_\_ **Type of Service:** \_\_\_\_\_  
 Nombre del Proveedor Tipo de Sevicios

**Location of Service:** \_\_\_\_\_ **Schedule of Service:** \_\_\_\_\_  
 Ubicación del Servicio Fechas de Asistencia

**Does your child require any special accommodations in order to participate fully in the CLC program?**  
 ¿Su niño(a) necesita algún tipo de alojamiento especial para poder participar plenamente en el programa de CLC?

No/No  Yes/Si (please describe/por favor describa): \_\_\_\_\_

**Section 5. Family Service Plan (Sección 5. Plan de Servicio Familiar)**

**Is your family involved with any Social Service or Community Agencies?**  No/No  Yes/Si  
 ¿Está su familia relacionada con alguna agencia de Servicio Social en la Comunidad?

**If yes, list name of the agency:** \_\_\_\_\_  
 Si contesto si, enumere las agencias.

**Do you receive: Child Support?**  State of CT  Informal  None. Amount \$ \_\_\_\_\_  
 Usted recibe: Manutención de los hijos Estado de CT Informal Ninguno Cantidad

**Do you receive any type of State Assistance?**  No/No  Yes/Si \_\_\_\_\_  
 ¿Usted recibe algún otro tipo de Asistencia del Estado?

**Have there been any major changes in your household in the last six months?**  No/No  Yes/Si  
 ¿Ha tenido su hogar algún cambio notable en los últimos seis meses?

**Would you like information on any of the following topics?**  
 ¿Le gustaría tener información sobre los siguientes temas?

- |   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Health Insurance<br>Seguro Médico    | <input type="checkbox"/> Parenting Workshops<br>Seminarios de Paternidad | <input type="checkbox"/> Housing<br>Vivienda  | <input type="checkbox"/> Food/Clothing<br>Comida/Ropa       | <input type="checkbox"/> Financial<br>Finanzas |
| <input type="checkbox"/> Legal Assistance<br>Asistencia Legal | <input type="checkbox"/> Employment Counseling<br>Consejería de empleo   | <input type="checkbox"/> English as a Second Language classes<br>Clases de Inglés como Segundo idioma |   |  |
| <input type="checkbox"/> Health<br>Salud                      | <input type="checkbox"/> Nutrition<br>Nutrición                          | <input type="checkbox"/> Care4kids Subsidy<br>Care4Kids   | <input type="checkbox"/> Other Topics: _____<br>Otros Temas |  |

**What are your family's strengths?**  
 ¿Cuáles son las destrezas de su familia? \_\_\_\_\_

**Are there any parenting issues that you would like assistance with for your family?**  No/No  Yes/Si  
 ¿Hay algún problema en su familia que necesite ayuda? \_\_\_\_\_

**Are you concerned about basic needs or safety for your family at this time?**  No/No  Yes/Si  
 ¿Está usted preocupada(o) por necesidades básicas o seguridad en su familia?

**Please describe your support system/who you would go to if you needed assistance or help:**  
 Por favor describa con quién usted puede contar en caso que usted necesite ayuda: \_\_\_\_\_



**ChildName:** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del Niño(a) Fecha de Nacimiento

**Section 6. Health and Nutrition** (Sección 6. Salud y Nutrición)

**Natural Delivery**  **C-Section (reason)** \_\_\_\_\_ **Birth Weight:** \_\_\_\_\_  
 \_ Parto natural Cesárea (Razón) peso al nacer  
 **Born At Expected Time**  **Premature Birth** **Number of Weeks Premature** \_\_\_\_\_  
 Nació a la fecha esperada Nació antes de la fecha esperada Número de semanas

**Was regular prenatal care received?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 Recibió cuidado prenatal?

**Were any medications taken during your pregnancy?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 Tomó algún medicamento durante el embarazo?

**Any exposure to street drugs/alcohol during pregnancy?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 Se expuso a drogas/alcohol durante el embarazo?

**Were there any medical problems during pregnancy?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 Tuvo problemas durante su embarazo?

**Has your child ever been hospitalized?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 Ha estado su niño alguna vez hospitalizado?

**Has your child had any serious accidents or illnesses?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 Ha tenido su niño algún accidente/enfermedad grave?

**Does your child have any birth marks or scars?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 Tiene su niño alguna marca de nacimiento o cicatriz?

**Does your child have frequent ear infections?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 Tiene su niño infección de oído frecuentemente?

**Are there any problems with hearing or eyesight?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 Tiene su niño algún problema de visión o audición?

**Does your child wear glasses?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 Su hijo(a) usa lentes/espejelos?

**Does your child have any medical problems?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 Padece su niño alguno de los siguientes problemas médicos?

- |   |  |   |  |   |   |
|---|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eczema<br>Eczema       | <input type="checkbox"/> ScarletFever<br>Escarlatina | <input type="checkbox"/> Measles<br>Sarampión   | <input type="checkbox"/> Mumps<br>Paperas      | <input type="checkbox"/> ChickenPox<br>Varicela                                       | <input type="checkbox"/> Seizures<br>Ataques      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes<br>Diabetes   | <input type="checkbox"/> Asthma<br>Asma Cuenta       | <input type="checkbox"/> High Lead Count<br>alta de plomo                               | <input type="checkbox"/> Epilepsy<br>Epilepsia | <input type="checkbox"/> Internal Organ Problems<br>Problemas en los órganos internos |   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis<br>Hepatitis | <input type="checkbox"/> Anemia<br>Anemia            | <input type="checkbox"/> Sickle cell disease<br>La enfermedad de<br>células falciformes | <input type="checkbox"/> Dental<br>Dental      | <input type="checkbox"/> Underweight<br>Bajo peso                                     | <input type="checkbox"/> Overweight<br>Sobre peso |

**Other:** \_\_\_\_\_  
 Otro

**Do any of the above medical conditions require medication?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna de las condiciones medicas mencionadas requieren medicamento?

**Do any other family members have a medical concern or problem?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 ¿Algún miembro de su familia tiene algún problema o preocupación médica?

**Is there any other medical information you would like to share?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 ¿Hay alguna otra información médica que usted quisiera compartir?



**ChildName:** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del Niño(a) Fecha de Nacimiento

**Section 6. Health and Nutrition continued (Sección 6. Salud y Nutrición)**

**Medical Insurance Information:**

Información del seguro médico:

- Private Privado
- Medicaid /HUSKY Medicaid/HUSKY
- No Medical Insurance No tiene Seguro Médico
- Applied HUSKY Aplicó HUSKY
- Not eligible HUSKY No es elegible para HUSKY
- Interested in information on HUSKY Interesado en información de HUSKY

■ **Doctor's Name** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_  
 Nombre del doctor Teléfono

**Address** \_\_\_\_\_  
 Dirección

■ **Dentist's Name** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_  
 Nombre del dentista Teléfono

**Address** \_\_\_\_\_  
 Dirección

■ **Allergist Name** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_  
 Nombre del alergista Teléfono

**Address** \_\_\_\_\_  
 Dirección

■ **Is your child allergic to any of the following:**

Es su niño alérgico a:

- |  |                                   |                                    |                            |                                |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Medication: _____<br>Algún medicamento   | <input type="checkbox"/> no<br>no | <input type="checkbox"/> yes<br>si | Reaction _____<br>Reacción | Treatment _____<br>Tratamiento |
| Bee Stings/bites: _____<br>Algún insecto | <input type="checkbox"/> no<br>no | <input type="checkbox"/> yes<br>si | Reaction _____<br>Reacción | Treatment _____<br>Tratamiento |
| Other: _____<br>Otro                     | <input type="checkbox"/> no<br>no | <input type="checkbox"/> yes<br>si | Reaction _____<br>Reacción | Treatment _____<br>Tratamiento |

■ **Is your child allergic to any food?**

¿Tiene su hijo(a) alergia a algún tipo de comida?

- |                                       |                                   |                                    |                            |                                |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Type of Food: _____<br>Tipo de comida | <input type="checkbox"/> no<br>no | <input type="checkbox"/> yes<br>si | Reaction _____<br>Reacción | Treatment _____<br>Tratamiento |
| Type of Food: _____<br>Tipo de comida | <input type="checkbox"/> no<br>no | <input type="checkbox"/> yes<br>si | Reaction _____<br>Reacción | Treatment _____<br>Tratamiento |
| Type of Food: _____<br>Tipo de comida | <input type="checkbox"/> no<br>no | <input type="checkbox"/> yes<br>si | Reaction _____<br>Reacción | Treatment _____<br>Tratamiento |

■ **Does your child have an epipen/epipenjr.?**  no  yes \_\_\_\_\_  
 Tiene su hijo(a) un epipen/epipenjr.?

■ **Does your child require any medication?**  no  yes \_\_\_\_\_  
 Su hijo requiere algún tipo de medicamento?

■ **Does this medication need to be given at school?**  no  yes \_\_\_\_\_  
 Su hijo requiere algún tipo de medicamento en la escuela?

■ **Are there any special dietary requirements or vegetarian/cultural restrictions?**  no/no  yes/si \_\_\_\_\_  
 Tiene su niño alguna dieta especial? \_\_\_\_\_