

# Elkhart & St. Joseph Counties Head Start Consortium General Consent/Release Form

Child's name \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

## I GIVE PERMISSION FOR MY CHILD TO:

(FACS reviewed each question with family) \_\_\_\_\_ (FACS Initials)

1. Participate in mental health/behavioral, developmental, and vision screening conducted by a qualified provider. Yes No
2. Participate in speech and hearing screenings conducted by a qualified provider. Yes No
3. Have his/her picture taken or video taped this school year in the classroom and/or activities (\_\_\_\_\_\_). Yes No  
parent's initials
4. To be transported for medical reason, or other reasons, whenever necessary (\_\_\_\_\_\_). Yes No  
parent's initials
5. Receive First Aid/CPR by trained personnel as needed and during emergencies. (\_\_\_\_\_\_). Yes No  
parent's initials
6. Permission to text or email regarding delays or cancellations due to inclement weather of a reminder of upcoming events. Yes No  
(\_\_\_\_\_) parent's initials

## THE EARLY HEAD START/HEAD START STAFF MAY:

(FACS reviewed each question with family) \_\_\_\_\_ (FACS Initials)

1. Release health information to responsible parties (physicians, dentists, etc.). Yes No
2. Send my child's health summary, developmental assessment and teacher's observations to school corporation he/she will be attending. Yes No
3. Monitor/review child's file. Yes No
4. Receive relevant health information from child's doctor, dentist, speech pathologist, eye doctor and/or community agencies or school corporation when requested. Yes No
5. Obtain medical treatment for children when parent cannot be contacted in cases of emergency. Yes No

## I UNDERSTAND THAT MY CHILD:

(FACS reviewed each question with family) \_\_\_\_\_ (FACS Initials)

1. Will only be released from school to their parent(s) or guardian(s) or person(s) or Head Start employee in case of an emergency that have been listed on the Child's emergency card by the parent(s) or guardian(s). (\_\_\_\_\_) Yes No  
parent's initials
2. A child is considered undeliverable after 1 hour of school dismissal and Child Protective Services and or law enforcement agency will be notified. (\_\_\_\_\_) Yes No  
parent's initials
3. Teachers will schedule two parent/teacher conferences and home visits each year Yes No
4. Must receive a physical, dental exam and lab work prior to entry date of school year and be current with immunization and updated if they expire during the school year. Yes No
5. Current address, home phone number, work address, work phone number and emergency number should be made available to the Head Start Program at all times (\_\_\_\_\_) Yes No  
parent's initials
6. Will be provided a breakfast and lunch (AM classes) or lunch and snack (PM classes). Yes No
7. I understand that the information disclosed is subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by the federal privacy regulations, 45 CFR 164 Subpart E. Yes No

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

FACS Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**PERMISSION EXPIRES ONE YEAR FROM CURRENT SCHOOL YEAR**

# Consortio Head Start de los Condados de Elkhart y St. Joseph Permiso General/Forma de Autorización

**Nombre del niño/a** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Doy permiso para que mi niño/a:** (FACS reviewed each question with family) \_\_\_\_\_ (FACS Initials)

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Participe en el Informe de Evaluación del Sistema Nacional de las pruebas de salud mental/comportamiento, desarrollo y de visión administradas por un proveedor clasificado.                           | Sí | No |
| 2. Participe en las pruebas del habla y audición por un profesional quificado.  | Sí | No |
| 3. Sea retratado o grabado en video en el salón y/o actividades este año escolar.<br>(_____) iníciales de p/madre   | Sí | No |
| 4. Sea trasladado por razones médicas u otras razones, cuando sea necesario. (_____) iníciales de p/madre   | Sí | No |
| 5. Recibir ayuda de Primeros Auxilios/RCP (reanimación cardiopulmonar) por un personal Entrenado cuando sea necesario y durante emergencias. (_____) iníciales de p/madre                                 | Sí | No |
| 6. Permiso para enviar mensajes de texto o correo electrónico con respecto a retrasos o cancelaciones debido a inclemencias clima o un recordatorio de los próximos eventos. (_____) iníciales de p/madre | Sí | No |

**EL PERSONAL DE HEAD START PUEDE:** (FACS reviewed each question with family) \_\_\_\_\_ (FACS Initials)

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Dar a conocer información acerca de la salud a personas encargadas (doctores, dentistas, etc.)  | Sí | No |
| 2. Enviar un resumen sobre la salud de mi hijo/a, la evaluación del desarrollo, y las observaciones del maestro/a a la corporación escolar donde asistirá.                                     | Sí | No |
| 3. Monitorear/revisar el archivo del niño/a.   | Sí | No |
| 4. Recibir información relevante sobre la salud del niño/a del médico, dentista, patóloga del habla, doctor de la vista y/o agencias comunitarias o la corporación escolar cuando se solicite. | Sí | No |
| 5. Obtener tratamiento médico para los niños cuando los padres no pueden ser contactados en caso de emergencia.  | Sí | No |

**ENTIENDO QUE MI HIJO/A:** (FACS reviewed each question with family) \_\_\_\_\_ (FACS Initials)

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. En caso de emergencia, será entregado por la escuela solamente a su padre(s), guardián(es), persona(s) o empleado/a de Head Start que se ha puesto en la lista por los padres en la tarjeta de emergencia (_____) iníciales de padre/madre                | Sí | No |
| 2. Un niño es considerado no entregado después de 1 hora de despido escolar y los Servicios de Protección de Menores y/o la aplicación de la ley será notificado. (_____) iníciales de padre/madre   | Sí | No |
| 3. Los maestros programarán dos conferencias de padres/maestros y visitas a casa cada año.   | Sí | No |
| 4. Debe recibir un examen físico, dental y hacerse pruebas de laboratorio antes de la fecha de entrada del año escolar, y tener las vacunas al día y actualizarlas durante el año escolar.   | Si | No |
| 5. Debe proveerse el domicilio actual, número de teléfono de casa, dirección y teléfono de trabajo, y número de teléfono de emergencia – toda esta información actual debe comunicarse al programa de Head Start continuamente. (_____) iníciales de p/madre | Sí | No |
| 6. Se le proveerá un desayuno y almuerzo (clases de la mañana) o almuerzo y merienda (clases de la tarde).   | Sí | No |
| 7. Entiendo que la información revelada está conforme a ser revelada a su vez por el receptor, lo que se supone que ya no estará protegida por las normas federales sobre privacidad, 45CFR 164 Sub-parte E.   | Sí | No |

**Firma de Padre/Madre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de FACS:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

EL PERMISO SE VENCE UN AÑO A PARTIR DEL AÑO ACTUAL



# Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium

Dr. Kathy Guajardo, Executive Director  
*This institution is an equal opportunity provider*

Primary Physician:  
\_\_\_\_\_

Fax Number:  
\_\_\_\_\_

## SCREENING AUTHORIZATION/RELEASE FORM

**Instructions:** Please complete this form in the spaces provided.

**Please Print**

**Child's Name:** \_\_\_\_\_  
Last First

**Age:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sex** \_\_\_\_\_

**Race:** \_\_\_\_\_ **Latino/Latina:**  Y  N

**Address:** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**Medicaid ID number:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### For Medical Staff Only:

The abovementioned child may receive any (or all) of the following screening tests:

**Hemoglobin (finger stick)**

Date: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_

**Weight**

Date: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_

**Hearing, P F R date:** \_\_\_\_\_

**Height**

Date: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_

**Vision, P F R date:** \_\_\_\_\_

**Blood pressure**

Date: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_

**Lead screen (finger stick)**

Date: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_

I hereby release Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium, Memorial Hospital and any other organization involved in this program, and their agents, from all liabilities, medical claims or expenses which may arise from my child's participation or any injury sustained from this event. I recognize and accept all risk associated with this screening. I understand that the program will only conduct screenings and this does not constitute a medical examination or diagnosis of any disorder. For a diagnosis of a medical problem, my child must see a physician for a complete examination.

I, the undersigned, do hereby authorize a finger stick be performed on my child.

**Parent Name (please print):** \_\_\_\_\_

**Parent Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

245 North Lombardy, Suite A  
South Bend, IN 46619  
Telephone: (574) 393-5864  
Fax: (574) 283-8108  
Toll – Free: (866) 440-8843  
www.headstartesj.com

Baugo Community Schools  
Concord Community Schools  
Elkhart Community Schools  
John Glenn School Corporation  
Goshen Community Schools  
Middlebury Community Schools  
Penn-Harris-Madison  
School City of Mishawaka  
South Bend Community Schools  
Union-North United Schools  
Wa-Nee Community School



# Condados de Elkhart y S. Joseph Head Start Consorcio

Dr. Kathy Guajardo, Directora Ejecutiva

## FORMA DE RENUNCIA/PRUEBA DE AUTORIZACION

*Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades*

Instrucciones: Complete por favor esta forma en los espacios proporcionados

### Imprente por favor

Medico Primario: \_\_\_\_\_

Número de Fax: \_\_\_\_\_

245 North Lombardy, Suite A  
South Bend, IN 46619  
Telefono: (574) 393-5864  
Fax: (574) 283-8108  
Llamada gratuita:  
(866) 440-8843  
www.headstartesj.com

Nombre de niño(a): \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Latino/Latina:  S  N

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Número de Medicaid ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Sólo para personal médico:

El niño ya mencionado puede recibir cualquiera (o todas) las pruebas siguientes:

Hemoglobina (punción del dedo)

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

Peso

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

Audición, P F R fecha: \_\_\_\_\_

Altura

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

Visión, P F R fecha: \_\_\_\_\_

Tensión

Número de la presión: \_\_\_\_\_

Prueba de Plomo (punción del dedo)

Resultado: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

fecha: \_\_\_\_\_

Yo atesto la renuncia a los Condados de Elkhart y S. Joseph Head Start Consorcio, el Hospital Memorial y cualquier otra organización implicado en este programa, y sus agentes, de todas las obligaciones, reclamos o gastos médicos que pueden surgir de la participación de mi niño o cualquier herida sostuvo de este acontecimiento. Reconozco y acepto todo el riesgo asociado con estas pruebas. Comprendo que el programa sólo realizará pruebas y esto no constituye un reconocimiento médico ni el diagnóstico de desorden. Para un diagnóstico de un problema médico, mi niño debe ver a un médico para un examen completo.

Yo, el abajo firmante, por la presente autoriza una prueba de punción del dedo sea realizado en mi niño.

Nombre de padre/madre (favor de imprimir): \_\_\_\_\_

Firma de padre/madre: \_\_\_\_\_

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

Baugo Community Schools  
Concord Community Schools  
Elkhart Community Schools  
John Glenn School Corporation  
Goshen Community Schools  
Middlebury Community Schools  
Penn-Harris-Madison  
School City of Mishawaka  
South Bend Community Schools  
Union-North United Schools  
Wa-Nee Community School



## CONSENT FORM

Please Print All Information

**\* Do not complete form if child is currently under care of an eye doctor\***

Child's Name: \_\_\_\_\_  
                                     **First**                                    **Middle Initial**                                    **Last**

Child's Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City and Zip: \_\_\_\_\_

Phone (    ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

PASS _____
REFER _____
If it is a referral, attach label here if refraction is obtained.

Dear Parent/Guardian:

The local Indiana Lions Clubs in your community will offer free eye screening to your child. The screening may pick up the presence of eye disorders including farsightedness and nearsightedness, astigmatism, strabismus (misaligned eyes), anisometropia (unequal prescriptions) and media opacities (i.e. cataracts). No physical contact is made with your child and no eye drops or medications are used.

I, the undersigned, hereby give permission for my child to participate in the eye screening event. I understand the following regarding this program:

1. **The information obtained from this vision screening is preliminary only, and does not constitute a formal eye exam. Not all vision problems will be detected by the vision screening process.**
2. There is no charge to participate in the vision screening process.
3. I will not hold the Indiana Lions Eye Bank, Inc., the Lions Club organizations, their sponsors or Operation KidSight accountable for any errors of commission, omission or other inaccuracies of the reported screening results.
4. This form and your child's screening results will be forward to Operation KidSight for review.
5. If my child fails the eye screening, he/she will be referred to an eye care specialist and I will receive a "Parent-To-Do Packet" along with the results of the screening. I understand that I am responsible for arranging a full eye exam if my child has been referred as a result of the vision screening.
6. You are giving consent for the employees and volunteers of Operation KidSight to: (1) Record and store the results of your child's eye screening in a computer database; (2) Contact you with the results of the eye screening; (3) Contact your eye care doctor with the results of the eye screening; (4) If your child is a participant in a county Head Start or Community Action Program, to release the results of the screening to the manager of the Head Start/Community Action Program to assist in follow-up; and (5) If your child fails the eye screening, you are also giving consent for your eye care doctor to share the results off your follow-up comprehensive eye examination with Dr. Daniel Neely, Operation KidSight Medical Director, and the staff of Operation KidSight who will enter that information into the computer database. All information you or your eye care doctor give to Operation KidSight will be kept confidential. Any information that could identify your child or family will not be used without your permission.

**X Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_**

**Parent or guardian will be notified in the event the results of this screening indicate the child is at risk for an ocular problem. Initial here to OPT OUT OF FOLLOW UP CALL OR E-MAIL. \*If your child participates in a Head Start/Community Action Program, we are required to follow up and this option is not available to you.\***

### OFFICE USE ONLY

The result of your child's vision screening is as follows:

- \_\_\_\_\_ **Pass**                      We are unable to detect a vision problem at this time. The screening is not a substitute for a complete eye exam. Consult your eye care professional if you suspect a vision problem.
- \_\_\_\_\_ **Refer**                      Your child should be examined because he or she may have the following condition that has the potential to cause poor vision in one or both eyes. Please take your child to see an ophthalmologist or optometrist in your area. **If you have any questions about your results please call Operation KidSight at (317) 220-8486**
- \_\_\_\_\_ Strabismus (Crossed or misaligned eyes)
  - \_\_\_\_\_ Anisometropia (Difference in need for glasses between eyes; can cause poor vision in one eye)
  - \_\_\_\_\_ Astigmatism (Results from unequal focusing of light rays as they enter the eye, causing a blurring of objects)
  - \_\_\_\_\_ High Farsightedness (Can contribute to eye crossing)
  - \_\_\_\_\_ High Myopia (Severe near vision)
  - \_\_\_\_\_ Anisocoria (Inequality in size of pupils)
  - \_\_\_\_\_ Automatic referral when child is cooperative and no refraction obtained



## FORMA DE CONSENTIMIENTO

Favor de usar LETRA DE MODLE para llenar toda la forma.

**\*NO llene la forma si el niño ya recibe servicios de un médico**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
Nombre      Inicial      Apellido Paterno      Apellido Materno

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad y Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (    ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estimado Padre/Tutor:

Los Clubes de Leones locales de su comunidad ofrecerán un examen de ojos inicial a su hijo. Este examen de detección pre-eliminar pueda mostrar la presencia de condiciones incluyendo hipermetropía, miopía, astigmatismo, estrabismo (ojos cruzados o no alineados), anisotropía (ojos de tamaño desigual) y opacidades (i.e. cataratas). No habrá ningún contacto físico a su hijo/a ni se usará gotas para los ojos u otros medicamentos a realizar el examen.

Yo, el abajo firmado, por la presente doy permiso para la participación de mi hijo/a en el programa de detección básica de la vista. Comprendo lo siguiente respecto al programa.

1. **La información obtenida de este examen de detección pre-eliminar y no constituye un examen comprensivo de la vista. No se puede detectar toda condición de la visión por medio de este proceso.**
2. No hay ningún costo para la participación de su hijo/a en este examen.
3. No haré responsable el Indiana Lions Eye Bank, Inc., las organizaciones de los Clubes de Leones, sus patrocinadores u Operación KidSight por cualquier error de comisión o de omisión o de inexactitudes reportadas en los resultados a la raíz del examen pre-eliminar.
4. Se mandará esta forma y los resultados de los mismos a Operación KidSight para revisión.
5. Si el examen detecta la necesidad de recibir mayor atención, recibirá una recomendación para la atención de un especialista, y yo recibiré un paquete de "Como padre ¿qué debo hacer?" con los resultados del examen pre-eliminar de la vista. Entiendo que yo soy el responsable de hacer una cita y llevar a mi hijo/a a un examen comprensivo en el caso de que mi hijo/a reciba estas indicaciones como resultado del examen pre-eliminar.
6. Usted da consentimiento a los empleados y voluntarios de KidSight a: (1) Grabar y guardar los resultados del examen de detección en una computadora en una base de datos; (2) Comunicar a usted los resultados del examen de detección pre-eliminar de la vista; (3) Comunicar los resultados del examen de detección pre-eliminar de la vista a su médico especialista sea un oftalmólogo u optometrista ; (4) Si su hijo/a es participante en un Programa de Head Start u otro Programa de Acción Comunitaria, entregar los resultados del examen de la vista al Director/a del programa para facilitar el seguimiento del proceso; y (5) Si su hijo/a requiere atención de un especialista, usted da consentimiento que el especialista comparta los resultados del seguimiento de un examen comprensivo de la vista al Dr. Daniel Neely, Director Médico de Operación KidSight, y al personal de Operación KidSight que registrarán la información en un base datos. Toda la información que usted o el especialista proporciona a Operación KidSight se guardará con toda confidencialidad y no se usará sin su permiso.

**XXX Padre / Tutor**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Se notificará al padre o tutor si los resultados del examen de detección pre-eliminar indican la posibilidad de una condición que requiere atención más comprensiva. Ponga sus iniciales en el espacio al final si **NO DESEA QUE SU HIJO/A PARTICIPE EN EL SEGUIMIENTO CON UNA LLAMADA O CORREO ELECTRÓNICO.** \_\_\_\_\_

**\*Si su hijo/a participa en Head Start/Programa de Acción Comunitaria, es nuestra obligación darle el seguimiento indicado y la opción de negar seguimiento no es una opción.**

### SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

The result of your child's vision screening is as follows:

\_\_\_\_ **Pass** No se detecta ningún problema de visión en este momento. Esta prueba de detección no es un sustituto para un examen comprensivo de la vista. Consulte a un especialista profesional si sospeche un problema de visión.

\_\_\_\_ **Refer** Su hijo debe ser examinado por un especialista profesional porque pueda tener la condición siguiente que afecta a la visión de un ojo o de los dos ojos. Favor de llevar a su hijo/a a consulta con un oftalmólogo u optometrista local. **Si tenga preguntas respecto a los resultados del examen de detección pre-eliminar, favor de llamar a KidSight (317) 220-8486.**

\_\_\_\_ Estrabismo (Ojos cruzados o mal aliñados)

\_\_\_\_ Anisometropía (Difference in need for glasses between eyes; can cause poor vision in one eye)

\_\_\_\_ Astigmatismo (Results from unequal focusing of light rays as they enter the eye, causing a blurring of objects)

\_\_\_\_ Hipermetropía (Farsightedness)

\_\_\_\_ Myopia (Nearsightedness)

\_\_\_\_ Anisocoria (Pupils de tamaño diferente. Inequality in size of pupils)

\_\_\_\_ Sin refracción. (Consulta automatic cuando el niño coopera. Automatic referral.)

Revised 06/16

Please fill out for children birth to 3 years old only.  
Por favor complete solo para niños desde nacimiento hasta 3 años.



**First Steps**  
**Primeros Pasos**  
**SCREENING CONSENT FORM**  
**FORMA DE CONSENTIMIENTO DE EVALUACIÓN**

I am aware that the purpose of this screening is to identify if my child might benefit from further developmental evaluations and therefore, with my permission, be referred to:

Estoy consciente de que el propósito de esta investigación es de identificar si mi hijo(a) podría beneficiarse con más evaluaciones de desarrollo y, por lo tanto, con mi permiso, ser referido a:

- The First Steps program (0-3) / El programa de Primeros Pasos (0-3)
- Or other community services, as needed / O otros servicios comunitarios, como sea necesario

Child's Name / Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Age / Edad: \_\_\_\_\_ Birth date / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sex: Male or Female Sexo: Varón o Hembra Premature?/¿Prematura(o)? Yes/Si or/o No

If yes, how early? / Si sí, ¿que tan temprano? \_\_\_\_\_

Guardian(s) Name(s) / Nombre(s) de Guardián(es): \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

City / Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip Code / Zona Postal

\_\_\_\_\_ County of Residence / Condado de Residencia:

\_\_\_\_\_ Phone Number(s) / Número(s) de Teléfono(s):

\_\_\_\_\_ Child's Doctor / Doctor del Niño(a):

Please list any concerns you may have about your Child's Development / Por favor liste cualquier concierne que usted tiene acerca del Desarrollo de su Hijo(a):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I would like to proceed with a development screening and/or referral to First Steps / Me gustaria proceder con una evaluacion de desarrollo con / o una referencia a First Steps (Primeros Pasos).

\_\_\_\_\_  
Signature / Firma

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

For any questions or concerns about this screening, please contact our office / Para cualquier pregunta o concierne acerca de esta revisión, por favor contacte nuestra oficina.

First Steps  
700 E. Beardsley Ave, Suite 14A, Elkhart, IN 46514  
Phone / Teléfono: 574-293-2813 Fax: 574-293-2300

Serving Counties / Sirviendo los Condados: DeKalb, Elkhart, Fulton, Kosciusko, LaGrange, Marshall, Noble, Saint Joseph, Steuben y Whitley



## *Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium*

245 North Lombardy, Suite A ~ South Bend, IN 46619  
Office Phone: (574) 393-5864 ~ Fax: (574) 283-8108  
Toll – Free: (866) 440-8843 ~ Web site: [www.headstartesj.com](http://www.headstartesj.com)  
Dr. Kathy Guajardo, Executive Director  
*This institution is an equal opportunity provider*

Baugo Community Schools  
Concord Community Schools  
Elkhart Community Schools  
John Glenn School Corporation  
Goshen Community Schools  
Middlebury Community Schools  
Penn-Harris-Madison  
School City of Mishawaka  
South Bend Community Schools  
Union-North United Schools  
Wa-Nee Community School

### **COMPLETE FORM/ COMPLETE LA FORMA**

### **Fatherhood Information / Información del Padre**

The following information is needed for a database on the father or father figure in the child's life. If this information is not included in the application, we are asking to obtain it for the purpose of attending meetings or events to enhance the child's life. This information will strictly be used for mail purposes only.

La siguiente información es necesaria para crear una base de datos sobre el padre o figura paterna en la vida del niño. Si esta información no está incluida en la aplicación, lo estamos pidiendo con el propósito de asistir a las reuniones o eventos para mejorar la vida del niño. Esta información será estrictamente utilizada para correo enviado a casa.

Name of Father or Father Figure/Nombre de padre of figura paterna:

\_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_

State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip/Zona Postal: \_\_\_\_\_

Phone Number / Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Opt in for Text Messages/Optar por mensajes de texto

Email/Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Child's Name / Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

The address listed above is for mailing purposes only. The father does not live at this address.

La dirección mencionada arriba es solo para fines de envío por correo. El padre no vive en esta dirección

There is no father figure in my child's life /  
No hay una figura paterna en la vida de mi hijo(a).

Parent Signature / Firma de P/Madre: \_\_\_\_\_ Date / Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Revised 2/10/2020





*Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium*

245 North Lombardy, Suite A ~ South Bend, IN 46619

Office Phone: (574) 393-5864 ~ Fax: (574) 283-8108

Web site: www.headstartesj.com

Dr. Kathy Guajardo, Executive Director

*This institution is an equal opportunity provider*

**COMPLETE FORM**

**Employment and/or School Information**

Name: \_\_\_\_\_

I am not currently working or attending school.

I am currently  in school and/or  working.

Place of Employment: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

How long have you worked here? \_\_\_\_\_

How many hours do you work and/or attend school a week? \_\_\_\_\_

**Work Hours**

**School Hours**

Monday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Monday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Tuesday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Tuesday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Wednesday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Wednesday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Thursday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Thursday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Friday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Friday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Saturday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Saturday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Sunday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Sunday: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

**Please complete  
2 forms if it is a  
2 -parent family**



**Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium**

245 North Lombardy, Suite A ~ South Bend, IN 46619  
Numero de Oficina: (574) 393-5864 ~ Fax: (574) 283-8108  
Sitio Web: www.headstartesj.com

Dr. Kathy Guajardo, Director Ejecutivo

*Esta institucion es un proveedor de igualdad de oportunidades*

**Empleo o Informacion de la Escuela**

Nombre: \_\_\_\_\_

**Please complete  
2 forms if it is a  
2 -parent family**

No estoy trabajando ni estoy estudiando en la escuela

Aorita estoy:  trabajando  en la escuela

Nombre de la compania: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono del trabajo : \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo tiene trabajando en esta compania? \_\_\_\_\_

Cuantos horas esta trabajando o cuantos horas esta llendo a la escuela a la semana? \_\_\_\_\_

**Horarios de trabajo**

**Horarios de escuela**

Lunes: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Lunes: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Martes: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Martes: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Miercoles: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Miercoles: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Jueves: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Jueves: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Viernes: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Viernes: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Sabado: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Sabado: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Domingo: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Domingo: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

**Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium**

Condados de Elkhart y S. Joseph Head Start Consorcio

*Health/Nutrition History - Historia de Salud/Nutrición*

Child's Name/Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

List Allergies/Food Allergies/ Alergia de comida: \_\_\_\_\_ Is medication required for allergy? ¿Se requiere medicación para la alergia \_\_\_\_\_

Please answer yes or no to the following questions:

	Yes	No		Yes	No
<b>Chicken Pox had a break out of/Varicela</b>			<b>Bleeding Disorder/Desorden de Sangre</b>		
<b>Mumps/Paperas</b>			<b>Lead Poisoning/Envenenamiento de Plomo</b>		
<b>Measles/Sarampión</b>			<b>Sickle Cell/Célula de Hoz</b>		
<b>Hepatitis/Hepatitis</b>			<b>Skin Alliments/Rash/Eczema/Enfermedad de la Piel</b>		
<b>Diabetes/Diabetes</b>			<b>Allergic to bee/wasps stings/alergia a picadura de abeja</b>		
<b>Kidney Disease/Enfermedad del Riñón</b>			<b>Does your child require epipen?/ requieren un epipen</b>		
<b>Rheumatic Fever/Fiebre Reumática</b>			<b>Scarlet Fever/Escarlatina</b>		
<b>Is your child potty trained/¿Está su hijo entrenado para ir al baño</b>			<b>Whooping Cough/Tos ferina</b>		
<b>Asthma/breathing difficulties/Asma</b>			<b>Last episode? El último episodio</b>		
<b>Family History of Mental Health/Historial Familiar de Salud Mental</b>			<b>If yes, explain: /Si sí, explique:</b>		
<b>Speech Problems/Problemas al hablar</b>			<b>If yes, explain: /Si sí, explique:</b>		
<b>Hearing Problems/Problemas de Audición</b>			<b>If yes, explain: /Si sí, explique:</b>		
<b>Vision Problems/Problemas de Visión</b>			<b>If yes, explain: /Si sí, explique:</b>		
<b>Dental Problems/Problemas Dentales</b>			<b>Date of Last Exam: /Fecha del último examen</b>		
<b>Does your child need medication?/¿Necesita su niño/a medicina?</b>			<b>If yes, what medication and what for? /Si sí, ¿Cual medicamento</b>		
<b>Has your child had any operations or been hospitalized? When? ¿Su niño ha tenido operaciones u ha estado hospitalizado? ¿Cuándo?</b>			<b>If yes, explain what for: /Si sí, explique por qué:</b>		
<b>Has your child ever had a serious illness or accident? When?/¿Ha tenido su niño/a alguna vez una enfermedad seria o accidente? ¿Cuándo?</b>			<b>If yes, explain: /Si sí, explique:</b>		
<b>Has your child ever had a seizure, convulsion or head injury? When? ¿Ha tenido su niño/a alguna vez un ataque, convulsión o accidente de cabeza? ¿Cuándo?</b>			<b>If yes, explain which one, please be specific: /Si sí, explique:</b>		
<b>Last seizure/Ultima convulsión</b>			<b>How long did it last?/¿Cuánto tiempo duró</b>		
<b>Is your child seeing a medical specialist? ¿Su niño está bajo tratamiento médico? (Speech/Behavioral) (Lengua/Comportamiento)</b>			<b>If yes, explain and for how long?: /Si sí, explique por qué y que tanto tiempo.</b>		
<b>Is your child on a modified diet for medical reasons? ¿Está su niño/a en una dieta especial por razones médicas?</b>			<b>If yes, explain: /Si sí, explique:</b>		
<b>Are there any religious preferences? ¿Hay algunos alimentos que no come por razones religiosas?</b>			<b>If yes, explain: /Si sí, explique:</b>		
<b>Has your child been treated for low iron/anemia? When? ¿Ha sido su hijo/a tratado por bajo hierro/anemia? ¿Cuándo?</b>			<b>If yes, explain: /Si sí, explique:</b>		
<b>Does your child have either chronic constipation or diarrhea? ¿Tiene su hijo/a estreñimiento crónico o diarrea?</b>			<b>If yes, explain: /Si sí, explique:</b>		
<b>Does anyone in the household smoke? Would you/they want information on how to quit? ¿Alguien en su hogar fuma? ¿Quiere usted/ellos información de como dejar de fumar?</b>					
<b>How many hours of sleep does your child get at night? ¿Cuántas horas duerme su niño por la noche?</b>					
<b>Has your child ever been in a childcare setting or other group setting with multiple children? How will/do they interact in such setting?/¿Su hijo ha estado alguna vez en unaguardería u otro grupo con varios niños? ¿Cómo interactuarán en la guardería o con varios niños?</b>					
<b>Is there any significant family health history (diabetes, heart disease, etc.) or other identified problems? (Please specify) / ¿Hay historia significativa de la salud de la familia (diabetes, enfermedad cardíaca, etc.) u otros problemas identificados? (Especifique por favor)</b>					
<b>Does your child have any conditions that would be unsafe either to him/her, or to other children in a group setting? / ¿Tiene su niño condiciones que fueran peligrosas a él/ella, o a otros niños en un ambiente de grupos?</b>					

Parent Signature/Firma de P/Madre: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

I have reviewed this document with the family and all the questions have been answered.

FACS Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



*Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium*  
**CHILD / FAMILY CULTURAL/SOCIAL SURVEY**

The purpose of this survey is to acknowledge and support the culture of each child and the information will be used to individualize services and implement culturally relevant programming in the classroom. Please answer the following questions as completely as possible.

**With whom does your child spend the most time?**

**Who are the favorite and/or special people in your child's life?**

**At what age did your child begin walking, talking, and complete potty training?**

**Have you always lived in Elkhart or St. Joseph County? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No      If not, where have you lived?**

**What is your family's favorite celebration, holiday, or activities?**

**What activities do you do during this celebration / holiday? (Music, dance, art, food, games, etc.)**

**What foods does your child and family most commonly eat?**

**What does your family like to do together? (Camp, hike, watch videos, read books, garden, build things, visit friends, meditation, worship etc.)**

**What hobbies do you, your child and family enjoy?**

**Would you or someone else from your family be willing to share any talents, activities, or skills with the class?**

**Describe any experiences your child has had in groups with other children.**

**How does your child express themselves when they are upset? What helps you child calm?**

\_\_\_\_\_  
**Parent Signature**

*Revised 2/20/2020*

\_\_\_\_\_  
**Child's Name**

\_\_\_\_\_  
**Date**

I have reviewed this form and it was completed in its entirety.

FACS Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

***Condados de Elkhart y S. Joseph Head Start Consorcio***  
**RESEÑA CULTURAL Y DESARROLLO SOCIAL DEL NIÑO Y FAMILIA**

El propósito de esta encuesta es el de valorar y apoyar la cultura del niño y la información será utilizada para individualizar servicios e implementar programas culturales en el salón. Favor de contestar las siguientes preguntas lo más completo posible.

¿Con quién pasa la mayoría de tiempo su hijo/a?

¿Quiénes son las personas favoritas y/o especiales en la vida de su hijo/a?

¿A qué edad comenzó su hijo a caminar, hablar y completar el entrenamiento para usar el baño?

¿Siempre ha vivido en el condado de Elkhart o St. Joseph?    \_\_\_ Si \_\_\_ No    Si no, ¿Dónde ha vivido?

¿Cuál es la celebración favorita de su familia, o día de fiesta o actividades?

¿Qué actividades realizan durante la celebración o fiesta? (música, bailar, arte, comida, juegos, etc.)

¿Qué tipo de comida come su hijo y la familia con más frecuencia?

¿Qué cosas disfruta su familia hacer juntos? (campar, caminar, ver videos, leer libros, jardinería, construir cosas, visitar amigos, meditación, alabar etc.)

¿Qué pasatiempos disfruta usted y su familia?

¿Le gustaría a usted o algún miembro de su familia compartir algunos de sus talentos, actividades o habilidades con la clase?

Describa cualquier experiencia cual su hijo haya tenido en grupos con otros niños.

¿Como se expresa su hijo cuando está molesto? ¿Qué le ayuda a su hijo calmarse?

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padre**

*Revised 2/20/2020*

\_\_\_\_\_  
**Nombre de Niño**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

I have reviewed this form and it was completed in its entirety.

FACS Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## Home Language Survey (HLS)

The Civil Rights Act of 1964, Title VI, Language Minority Compliance Procedures, requires school districts and charter schools to determine the language(s) spoken in each student’s home in order to identify their specific language needs. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students as outlined Plyler v. Doe, 457 U.S. 202 (1982).

The purpose of this survey is to determine the primary or home language of the student. The HLS must be given to all students enrolled in the school district / charter school. The HLS is administered one time, upon initial enrollment, and remains in the student's cumulative file.

Please note that the answers to the survey below are student-specific. If a language other than English is recorded for ANY of the survey questions below, the W-APT will be administered to determine whether or not the student will qualify for additional English language development support.

### Please answer the following questions regarding the language spoken by the student:

1. What is the native language of the **student**? \_\_\_\_\_

2. What language(s) is spoken most often by the **student**? \_\_\_\_\_

3. What language(s) is spoken by the **student** in the home? \_\_\_\_\_

**Student Name:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Name:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

By signing here, you certify that responses to the three questions above are specific to your student. You understand that if a language other than English has been identified, your student will be tested to determine if they qualify for English language development services, to help them become fluent in English. If entered into the English language development program, your student will be entitled to services as an English learner and will be tested annually to determine their English language proficiency.

### **For School Use Only:**

School personnel who administered and explained the HLS and the placement of a student into an English language development program if a language other than English was indicated:

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## Home Language Survey (HLS) Spanish Version

### Encuesta del Idioma en el Hogar

El Decreto de los Derechos Civiles de 1964, Título VI, Cumplimiento de Normas para Minorías en Lenguaje, requiere a los distritos escolares y escuelas semi-autónomas que determinen el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan ofrecer instrucción útil a todos los estudiantes de acuerdo con Plyler v. Doe, 457 U.S. 202 (1982).

El propósito de esta encuesta es determinar el idioma principal de su hijo/a en el hogar. Esta encuesta (HLS) tiene que darse a todos los estudiantes en el distrito escolar / escuela semi-autónoma. Esta encuesta (HLS) es administrada una vez, durante la matrícula inicial, y permanece en el archivo acumulativo del estudiante.

Por favor tenga en cuenta que las respuestas a la encuesta corresponden solamente a su hijo/a. Si en alguna de las tres preguntas escritas abajo, usted identifica un idioma diferente al inglés, la escuela administrará la Prueba del Desarrollo del Inglés (LAS Links) para determinar si su hijo/a calificará para el programa de desarrollo del idioma inglés.

**Por favor responda las siguientes preguntas acerca del idioma(s) hablado por su estudiante:**

- 1. ¿Cuál es el idioma o el dialecto nativo de su **hijo/hija**? \_\_\_\_\_
- 2. ¿Cuál es el idioma(s) más hablado por su **hijo/hija**? \_\_\_\_\_
- 3. ¿Cuál idioma(s) habla su **hijo/hija** en casa? \_\_\_\_\_

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre, Madre o Guardián:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre, Madre o Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Al firmar aquí, usted certifica que las respuestas a las tres preguntas mencionadas arriba corresponden a su hijo/a. Usted entiende que si se ha identificado un idioma diferente al inglés, su hijo/a tendrá un examen para determinar si él o ella califica para el programa de desarrollo del idioma inglés, para ayudarlo/a a que sea fluente en inglés. Si entra en el programa de desarrollo del idioma inglés, su hijo/a, tendrá derecho a servicios que lo ayudarán a aprender el idioma inglés y tendrá un examen cada año para determinar su nivel de inglés.

**For School Use Only / Para Uso de la Escuela Únicamente:**

School personnel who administered and explained the HLS and the placement of a student into an English language development program if a language other than English was indicated:

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium**  
**Condados de Elkhart y S. Joseph Head Start Consorcio**

**Enrollment Transportation Information Form**  
**Forma de Información de Transporte de Matriculación**

**Student's Last Name:** \_\_\_\_\_ **First Name:** \_\_\_\_\_  
Apellido de Niño Primer Nombre

**Parent's Name/Nombre del Padre/Madre:** \_\_\_\_\_

**Child's Date of Birth/Fecha de Nacimiento de Niño:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Male/Masculino:** \_\_\_\_ **Female/Femenino:** \_\_\_\_

**Home Address:** \_\_\_\_\_ **City:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_  
Dirección de Casa Ciudad Código Postal

**School Corporation/Corporación Escolar:** \_\_\_\_\_

**Home Phone Number/Número de Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_

**Work/Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Cell/Celular:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **NO TRANSPORTATION, MY CHILD WILL BE ATTENDING EHS/EHS-CC PROGRAM**  
NO, TRANSPORTE, MI HIJO(A) ASISTIRA AL PROGRAMA EHS/EHS-CC

\_\_\_\_\_ **NO, I DO NOT WANT BUS TRANSPORTATION FOR MY CHILD. I WILL SELF TRANSPORT MY CHILD TO THE HEAD START PROGRAM.**  
NO, YO NO QUIERO TRANSPORTACIÓN DE AUTOBUS PARA MI HIJO. VOY A TRANSPORTAR A MI HIJO.

\_\_\_\_\_ **YES, I WOULD LIKE BUS TRANSPORTATION FOR MY CHILD**  
SÍ, QUIERO TRANSPORTACIÓN DE AUTOBUS PARA MI NIÑO

<b>PICK UP/DROP OFF LOCATION/ UBICACIÓN DE RECOJIDA/DEJADA</b>	<b>Contact Information, if different than Home Si el informacion de contacto es diferente de la casa</b>
<b>Pick Up Address/Dirección de Recojida</b>	
<b>Drop Off Address/Dirección de Dejada</b>	

**FACS Signature:** \_\_\_\_\_

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

**Parent's/Guardian's Signature/ Firma de Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_

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