

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 (____).
parent's initials | Yes | No |
| 4. To be transported for medical reason, or other reasons, whenever necessary (____).
parent's initials | Yes | No |
| 5. Receive First Aid/CPR by trained personnel as needed and during emergencies. (____)
parent's initials | Yes | No |
| 6. Permission to text or email regarding delays or cancellations due to inclement weather of a reminder of upcoming events.
(____)
parent's initials | Yes | No |

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). (____)
parent's initials | Yes | No |
| 2. A child is considered undeliverable after 1 hour of school dismissal and Child Protective Services and or law enforcement agency will be notified. (____).
parent's initials | Yes | No |
| 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 (____)
parent's initials | Yes | No |
| 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

**Consorcio 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.
()
iniciales de p/madre | Sí | No |
| 4. Sea trasladado por razones médicas u otras razones, cuando sea necesario. ()
iniciales de p/madre | Sí | No |
| 5. Recibir ayuda de Primeros Auxilios/RCP (reanimación cardiopulmonar) por un personal
Entrenado cuando sea necesario y durante emergencias. ()
iniciales 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. ()
iniciales 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 ()
iniciales 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.
()
iniciales 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. ()
iniciales 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

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 imprentar): _____

Firma de padre/madre: _____

Fecha: _____

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

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

Medico Primario:

Número de Fax:



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: _____

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.



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 de 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 No

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 cual 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

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? _____

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

Work Hours

Monday: _____ to _____

Tuesday: _____ to _____

Wednesday: _____ to _____

Thursday: _____ to _____

Friday: _____ to _____

Saturday: _____ to _____

Sunday: _____ to _____

School Hours

Monday: _____ to _____

Tuesday: _____ to _____

Wednesday: _____ to _____

Thursday: _____ to _____

Friday: _____ to _____

Saturday: _____ to _____

Sunday: _____ to _____



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: _____

☐ 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

Lunes: _____ to _____

Martes: _____ to _____

Miercoles: _____ to _____

Jueves: _____ to _____

Viernes: _____ to _____

Sabado: _____ to _____

Domingo: _____ to _____

Horarios de escuela

Lunes: _____ to _____

Martes: _____ to _____

Miercoles: _____ to _____

Jueves: _____ to _____

Viernes: _____ to _____

Sabado: _____ to _____

Domingo: _____ to _____

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

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

Please answer yes or no to the following questions: _____ para la alergia _____

	Yes	No		Yes	No
Chicken Pox had a break out of/Varicela			Bleeding Disorder/Desorden de Sangre		
Mumps/Paperas			Lead Poisoning/Envenenamiento de Plomo		
Measles/Sarampión			Sickle Cell/Célula de Hoz		
Hepatitis/Hepatitis			Skin Allergies/Rash/Eczema/Enfermedad de la Piel		
Diabetes/Diabetes			Allergic to bee/wasps stings/alergia a picadura de abeja		
Kidney Disease/Enfermedad del Riñón			Does your child require epipen?/ requieren un epipen		
Rheumatic Fever/Fiebre Reumática			Scarlet Fever/Escarlatina		
Is your child potty trained/¿Está su hijo entrenado para ir al baño			Whooping Cough/Tos ferina		
Asthma/breathing difficulties/Asma			Last episode? El último episodio		
Family History of Mental Health/Historial Familiar de Salud Mental			If yes, explain: /Si sí, explique:		
Speech Problems/Problemas al hablar			If yes, explain: /Si sí, explique:		
Hearing Problems/Problemas de Audición			If yes, explain: /Si sí, explique:		
Vision Problems/Problemas de Visión			If yes, explain: /Si sí, explique:		
Dental Problems/Problemas Dentales			Date of Last Exam: /Fecha del último examen		
Does your child need medication?/¿Necesita su niño/a medicina?			If yes, what medication and what for? /Si sí, ¿Cual medicamento		
Has your child had any operations or been hospitalized? When? ¿Su niño ha tenido operaciones u ha estado hospitalizado? ¿Cuándo?			If yes, explain what for: /Si sí, explique por qué:		
Has your child ever had a serious illness or accident? When?/¿Ha tenido su niño/a alguna vez una enfermedad seria o accidente? ¿Cuándo?			If yes, explain: /Si sí, explique:		
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?			If yes, explain which one, please be specific: /Si sí, explique:		
Last seizure/Ultima convulsión			How long did it last?/¿Cuánto tiempo duró		
Is your child seeing a medical specialist? ¿Su niño está bajo tratamiento médico? (Speech/Behavioral) (Lengua/Comportamiento)			If yes, explain and for how long?: /Si sí, explique por qué y que tanto tiempo.		
Is your child on a modified diet for medical reasons? ¿Está su niño/a en una dieta especial por razones médicas?			If yes, explain: /Si sí, explique:		
Are there any religious preferences? ¿Hay algunos alimentos que no come por razones religiosas?			If yes, explain: /Si sí, explique:		
Has your child been treated for low iron/anemia? When? ¿Ha sido su hijo/a tratado por bajo hierro/anemia? ¿Cuándo?			If yes, explain: /Si sí, explique:		
Does your child have either chronic constipation or diarrhea? ¿Tiene su hijo/a estreñimiento crónico o diarrea?			If yes, explain: /Si sí, explique:		
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?					
How many hours of sleep does your child get at night? ¿Cuántas horas duerme su niño por la noche?					
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 un guardería u otro grupo con varios niños? ¿Cómo interactuarán en la guardería o con varios niños?					
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)					
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?					

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 que 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: _____



DEPARTMENT OF EDUCATION

Dr. Jennifer McCormick
Superintendent of Public Instruction

Working Together for Student Success

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

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

FACS Signature: _____

Date/Fecha: _____

Parent's/Guardian's Signature/ Firma de Padre/Guardián: _____

Date/Fecha: _____