



# Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium

Dr. Kathy Guajardo, Executive Director

*This institution is an equal opportunity provider*

245 North Lombardy, Suite A  
South Bend, IN 46619  
Telephone: (574) 393-5864  
Fax: (574) 283-8108  
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

Dear Head Start Parent,

I hope you and your child are enjoying your experience so far in Head Start. I am sending this letter as an important reminder that we are missing essential pieces of documentation regarding your child's health information. This information is required for Federal funding to be collected yearly as a mandate. We need this information as soon as possible.

Below I have checked off what items we are missing so we can complete your child's file. If you have turned in the information and we have stated we do not have it, please contact your doctor/dentist to give you another copy and turn it in to your child's classroom teacher.

We are missing the following items/forms for your child:

- Physical Examination Form
- Dental Examination Form/Treatment or Follow up
- Lab Work Results Form (Lead and Hemoglobin)
- Update Immunization Records
- Vision Follow up

Below you will find a half sheet that needs to be returned to your child's classroom with information for future medical appointments you have scheduled. Please return this ASAP.

If you have any questions feel free to contact the Head Start office.

\_\_\_\_\_  
(Return to Classroom)

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

**Physical Appointment Date:** \_\_\_\_\_

**Dental Appointment Date:** \_\_\_\_\_

**Lab Work Date:** \_\_\_\_\_

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

**Referral Help?**  Yes  No **Service Referral Needed:** \_\_\_\_\_



## Condados de Elkhart y S. Joseph Head Start Consorcio

Dr. Kathy Guajardo, Directora Ejecutiva

*Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades*

245 North Lombardy, Suite A  
South Bend, IN 46619  
Telefono: (574) 393-5864  
Fax: (574) 283-8108  
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

Estimado Padre de Head Start,

Espero que usted y su hijo estén disfrutando de su experiencia hasta ahora en Head Start. Estoy enviando esta carta como un recordatorio importante de que nos faltan piezas esenciales de documentación con respecto a la información de salud de su hijo/a. Esta información es necesaria para que los fondos federales se recopilen anualmente como mandato. Necesitamos esta información lo antes posible.

A continuación, he seleccionado elementos que nos faltan para completar el archivo de su hijo/a. Si ha entregado la información y hemos dicho que no la tenemos, comuníquese con su médico/dentista para que le den otra copia y entréguela al maestro de clase de su hijo/a.

Nos faltan los siguientes artículos/formularios para su hijo:

- \_\_\_\_\_ Formulario de examen físico
- \_\_\_\_\_ Formulario/Tratamiento de Examen Dental o Seguimiento
- \_\_\_\_\_ Formulario de resultados de trabajo de laboratorio (plomo y hemoglobina)
- \_\_\_\_\_ Actualizar registros de inmunización
- \_\_\_\_\_ Seguimiento de la visión

A continuación, encontrará una media hoja que debe ser devuelta al salón de clases de su hijo/a con información para futuras citas médicas que haya programado. Por favor, devuélvelo lo antes posible.

Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con la oficina de Head Start.

---

(Volver al aula)

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

**Fecha** de la cita médica: \_\_\_\_\_

**Fecha** de la cita dental: \_\_\_\_\_

**Fecha** de laboratorio: \_\_\_\_\_

**Fecha** de inmunizaciones: \_\_\_\_\_

¿Ayuda de referencia? \_\_\_ se \_\_\_ no necesita referencia de servicio: \_\_\_\_\_