Okanogan County Child Development Association

Children - Niños - Families - Familias - Community - Comunidad

Estoy interesado en los siguentes programas de OCCDA (seleccione todas las que correspondan)

Edades Prenatal/Nac. a 3 Años: □ Rural Home Visiting □ Early Head Start

Edades 3-5 Años: □Head Start □ECEAP

SOLICITANTE: □ NIÑO □ PRENATAL

PRIMER NOMBRE	APELLIDO	GÉNERO	FECHA DE NAC.	FECHA ESTIMADA DEL PARTO
		□ Varon □ Embra		

RAZA	HISPANO O ORIGEN LATINO	PREVIAMENTE INSCRITO EN UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN INFANTIL
□ Asiático □ Negro o Afroamericano □ Blanco/caucásico □ Otro:_____ □ Indio Americano/Nativo de Alaska □ Hawaiano/de las Islas del Pacifico □ Biracial/Multiracial □ Negarse a contestar	□ Sí □ No	□ Sí □ No □ N/A

SEGURO DE SALUD PRIMARIA	MÉDICO PRIMARIO/CLÍNICA
SEGURO DENTAL	**CLÍNICA DENTAL/DENTISTA**

ADULTO PRIMARIO: RELACIÓN CON EL NIÑO: □ MADRE □ PADRE □ OTRO

PRIMER NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO

RAZA	HISPANO O ORIGEN LATINO	¿NECESITA UN INTÉRPRETE PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS?
□ Asiático □ Negro o Afroamericano □ Blanco/caucásico □ Otro:_____ □ Indio Americano/Nativo de Alaska □ Hawaiano/de las Islas del Pacifico □ Biracial/Multiracial □ Negarse a contestar	□ Sí □ No	□ Sí □ No

NIVEL DE EDUCACIÓN (el grado más alto que completó)	ESTADO DE EMPLEO	RELACIÓN DEL NIÑO	SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:
□ Grado 12 o menos □ Graduado de Preparatoria □ GED □ Alguna Unvd./Entren. Técnico □ Grado Asociado □ Licenciatura □ Maestría	□ Tiempo Completo □ Tiempo Parcial □ Trabajo Temporada □ Desempleado □ Entrenamiento o Escuela □ Discapacitado □ Jubilado	□ Biológica, Adoptada, Hijastro/a □ Nieta/o □ Otro Pariente □ Hijo Adoptivo	CUSTODIA □ Sí □ No □ Vive con la Familia □ Proporciona Apoyo Financiero

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: **NÚMERO(S) DE TELÉFONO** **TEXTO □ SÍ □ NO**

ADULTO SECUNDARIO: RELACIÓN CON EL NIÑO: □ MADRE □ PADRE □ OTRO

PRIMER NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO

RAZA	HISPANO O ORIGEN LATINO	¿NECESITA UN INTÉRPRETE PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS?
□ Asiático □ Negro o Afroamericano □ Blanco/caucásico □ Otro:_____ □ Indio Americano/Nativo de Alaska □ Hawaiano/de las Islas del Pacifico □ Biracial/Multiracial □ Negarse a contestar	□ Sí □ No	□ Sí □ No

NIVEL DE EDUCACIÓN (el grado más alto que completó)	ESTADO DE EMPLEO	RELACIÓN DEL NIÑO	MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:
□ Grado 12 o menos □ Graduado de Preparatoria □ GED □ Alguna Unvd./Entren. Técnico □ Grado Asociado □ Licenciatura □ Maestría	□ Tiempo Completo □ Tiempo Parcial □ Trabajo Temporada □ Desempleado □ Entrenamiento o Escuela □ Discapacitado □ Jubilado	□ Biológica, Adoptada, Hijastro/a □ Nieta/o □ Otro Pariente □ Hijo Adoptivo	CUSTODIA □ Sí □ No □ Vive con la Familia □ Proporciona Apoyo Financiero

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: **NÚMERO(S) DE TELÉFONO** **TEXTO □ SÍ □ NO**

INFORMACIÓN FAMILIAR

DIRECCIÓN FÍSICA:	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

¿ LA DIRECCIÓN DE CORREO ES LA MISMA QUE LA DIRECCIÓN FÍSICA? □ SÍ □ NO

DIRECCIÓN DE CORREO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

IDIOMA PRINCIPAL EN CASA	FAMILIA SIN HOGAR	SIN HOGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	REFERIDA POR LA AGENCIA DE BIENESTAR INFANTIL	RECIBIENDO SNAP	WIC	TANF
□ INGLÉS □ ESPAÑOL □ OTRO _____	□ SÍ □ NO	□ SÍ □ NO	□ SÍ □ NO	□ SÍ □ NO	□ SÍ □ NO	□ SÍ □ NO □ PASADO

¿TIENE ALGUNA PREOCUPACIÓN/LUCHA POR USTED MISMO Y/O MIEMBROS DE SU FAMILIA?
SI ES SÍ MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

□ VIVIENDA
□ PROBLEMAS DE SALUD
□ INVOLUCRAMIENTO DE CPS (ACTUAL/PASADO)
□ DISCAPACIDAD/INCAPAZ DE TRABAJAR
□ TRABAJO/EMPLEO
□ DIFICULTADES APRENDIENDO
□ ASUNTOS LEGALES
□ MONOPARENTAL
□ MÁS DE 1 NIÑO MENOR DE 6 AÑOS
□ PADRES ENCARCELADAS
□ VIOLENCIA FAMILIAR
□ PROBLEMAS DE DROGAS/ALCOHOL
□ POCO O NINGÚN APOYO DE LA FAMILIA O AMIGOS
□ NECESIDADES BÁSICAS (COMIDA O VIVIENDA)
□ SALUD MENTAL/ENFERMEDAD/ DEPRESIÓN POSPARTO
□ EMBARAZO/ALTO RIESGO/EMBARA ADOLESCENTE
□ PADRES POR PRIMERA VEZ
□ LOS PADRES/TUTORES TRABAJAN FUERA DEL HOGAR

TODA LA INFORMACIÓN COMPARTIDA ES CONFIDENCIAL Y SOLO SE UTILIZA COMO CRITERIO DE CALIFICACIÓN.

¿SU FAMILIA RECIBE UN SUBSIDIO DE CUIDADO DE NIÑO?	¿SE HA MUDADO SU FAMILIA PARA TRABAJAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	¿ALGUIEN EN EL HOGAR FUMA o VAPEAR?	¿ESTÁ SU HIJA ACTUALMENTE EN CUIDADO INFANTIL?
□ SÍ □ NO	□ YES □ NO	□ SÍ □ NO	□ SÍ □ NO NOMBRE DE PROVEEDOR: _____ DIRECCIÓN: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

¿ES AL MENOS UNO DE LOS PADRES/GUARDIÁN UN MIEMBRO ACTIVO DE LAS FUERZAS ARMADAS O UN VETERANO MILITAR? □ SÍ □ NO

¿Cómo se enteró de nuestros servicios?

□ LAS REDES SOCIALES □ EL FOLLETO □ EVENTOS COMUNITARIOS □ EL AMIGO □ REMISION PROFESIONAL □ OTRO _____

Nombre del evento:

He respondido todas las preguntas con sinceridad y a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información que he proporcionado es confidencial y no se compartirá sin mi permiso. Si corresponde, doy permiso a OCCDA para que se comunique con DSHS y que DSHS divulgue la cantidad de beneficios de TANF que estoy recibiendo. También autorizo a OCCDA a verificar el estado de vacunación de mi hijo con el Sistema de Información de Vacunas del Estado de Washington, anteriormente Child Profile.

Fecha: _____ Firma de Padre/Guardián: _____

OCCDA no discrimina basándose en raza, credo, religión, estado social, orientación sexual, origen nacional, género, edad o discapacidad mental/sensorial/física.

Nino/a/CP#_____

CUESTIONARIO DE SALUD INFANTIL	MARQUE UNO SÍ	NO
¿Su hijo tiene una discapacidad diagnosticada?	☐	☐
¿Tiene su hijo un IEP o IFSP? **Si marcó sí, indique el proveedor/distrito escolar:** _____	☐	☐
¿Tiene su hijo alguna dificultad de aprendizaje o sospecha un retraso en el desarrollo?	☐	☐
Problemas de audición: ¿Su hijo parece favorecer un oído sobre el otro? ¿Su hijo parece oír si usted habla en un susurro, su hijo habla en voz alta o le hace repetir lo mismo?	☐	☐
Habla/Lenguaje: ¿Su hijo habla tan bien como otros niños de la misma edad?	☐	☐
Visión: ¿Su hijo parece tener dificultad para ver cosas lejanas, usa anteojos, tiene los ojos hacia adentro o hacia afuera, o entrecierra los ojos?	☐	☐
¿Problemas o preocupaciones de salud física del niño? Alimentación, Condiciones Comportamiento, Condiciones Físico	☐	☐
¿Su hijo toma medicamentos para una afección que pone en peligro su vida? Asma, Diabetes, Problemas de Corazón, Convulsiones, etc.	☐	☐
¿Tu hijo tiene alguna alergia? Comida, etc.	☐	☐
¿Su hijo usa algún medicamento para problemas de alergia? Epi-Pen, etc	☐	☐
Dental: ¿Ha tenido su hijo alguna vez un examen dental?	☐	☐
¿Su hijo nació prematuro (37 semanas o menos) con un peso al nacer de 5.5 libras o menos?	☐	☐
¿Su hijo ha sido expulsado de otro programa debido a problemas de conducta?	☐	☐
¿Tiene alguna preocupación por su hijo debido a su comportamiento?	☐	☐
¿Su hijo ha sufrido abuso o negligencia?	☐	☐

_____ _____
Firma de Padre/Guardián Fecha

_____ _____
Firma de Personal Fecha