



<http://www.myheadstart.org>

SANTA CLARA COUNTY OFFICE OF EDUCATION

Early Learning Services Department - Program Head Start

1290 Ridder Park Drive, MC 225

San Jose, CA 95131-2304

1 (408) 453-6900 ó 1 (800) 820-8182

Estimados Padres:

Gracias por su interés en el Programa Head Start. Nuestro programa ofrece servicios gratuitos de cuidado preescolar de medio día y de día completo para las familias que viven en los Condados de Santa Clara y San Benito. También ofrecemos servicios de atención en el hogar y en los centros para niños desde que nacen hasta los 36 meses. Favor de llenar la solicitud de inscripción completamente y si necesita ayuda puede llamarnos al (408) 453-6900 o al (800) 820-8182 de lunes a viernes en el horario de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Les indicamos que como parte del proceso de la matrícula usted tendrá una entrevista con el personal del Programa Head Start.

DOCUMENTOS QUE NECESITARÁ (Enviar copias solamente. Estas copias no les serán entregadas.)

- Verificación de Ingresos** – La documentación debe mostrar sus ingresos **en los últimos 12 meses**. Todos los ingresos de los padres o tutores del/la niño deben ser declarados. Esto incluye:
 - **Talones de cheques de pago de los últimos 12 meses**, o talones de cheques en combinación con:
 - **La declaración de Impuestos sobre los ingresos más reciente (1040) o W-2**
 - **Notificación de Acción** (si recibe beneficios del Programa “CalWORKs”)
 - **Comprobación de recibir beneficios “SSI” – Ingresos Suplementarios de Seguridad** (si corresponde)
 - **Ingresos recibidos por desempleo** (si corresponde)
 - **Compensación Laboral** (si corresponde)
 - **Manutención Infantil** (si corresponde)
 - **Ingresos recibidos por discapacidad** (si corresponde)
- Certificación de Nacimiento**
- Prueba de Custodia Legal** (si el/la niño(a) se encuentra bajo cuidado temporal)
- Verificación de no tener vivienda** (si corresponde y está disponible)
- Registro de Vacunas**
- Prueba de Examen de Tuberculosis o Resultados de la Prueba**
- Plan Educativo Individual (IEP) actualizado o Plan Individual de Servicios Familiares (IFSP) actualizado** (si corresponde)
- Verificación de Empleo/Asistencia a la Escuela o Entrenamiento a Tiempo Completo** (si desean los servicios de cuidado infantil todo el día)

PLANIFIQUE SU ENTREVISTA

Cuando tengan toda la documentación requerida y hayan completado la solicitud de matrícula, **llamar al (408) 453-6900**. Un miembro del personal del Programa Head Start le llamará para fijar una fecha y horario para entrevistarles en un lugar cerca de donde se encuentren. Asegúrense de traer todos los documentos indicados anteriormente y de haber llenado la solicitud completamente.

Favor de llamar al (408) 453-6900 o al ((800) 820-8182 para fijar la fecha de su entrevista

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

(ENROLLMENT APPLICATION)

FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE CON TINTA AZUL O NEGRA SOLAMENTE
(PLEASE PRINT LEGIBLY USING BLACK OR BLUE INK ONLY)

Me gustaría matricular para: La Sesión de la Mañana (AM) La Sesión de la Tarde (PM) Todo el Día* No tengo Preferencia
 *Nota: Los servicios de cuidado todo el día requieren que ambos padres/tutores estén trabajando a tiempo completo por más de 30 horas a la semana o en la escuela a tiempo completo tomando 12 unidades académicas o más.

Niño(a)				
Nombre	Apellido	Segundo Nombre	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento / /
Dirección		Ciudad/Código Postal		País de nacimiento
Dirección de Correo (si es diferente)		Ciudad/Código Postal		
¿Está el niño bajo cuidado temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	Raza <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca (Europeo, del Medio Oriente, norteafricana) <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico/Hawaiana <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Alguna otra raza (mezcla/multirracial; Mexicana; Puertorriqueña) _____		

¿Tiene el niño un Plan actualizado (IEP o IFSP)? Sí No Si la respuesta es sí, favor de llenar la sección sobre discapacidades

Información de la Familia

Idioma principal que se habla en el hogar inglés Español Vietnamita Otro _____

¿En qué idioma le gustaría recibir la información por escrito? En inglés En español En vietnamita

¿Tiene el/la niño(a) que está solicitando la matrícula algún hermano(a) con un Plan Educativo actualizado (IEP o IFSP)? Sí No

Nombre de la(s) persona(s) que tiene(n) la custodia legal del/la Niño(a)	Padres/Tutores en el Hogar <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Los dos padres	Correo Electrónico Primario
--	---	-----------------------------

Nombre de la Madre/Tutor	Fecha de Nacimiento	Relación con el Niño
--------------------------	---------------------	----------------------

¿Vive con el Niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda	Número de Teléfono Primario <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Otro	Situación de Empleo <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Empleada Temporalmente <input type="checkbox"/> Retirada <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitada <input type="checkbox"/> Discapacitada de _____ a _____
--	---	--	--

Dirección de Correo Electrónico (Email) de la Madre/Tutora	Número de Teléfono Alterno <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Otro:	Educación <input type="checkbox"/> Menos de la Preparatoria <input type="checkbox"/> Algún tiempo en la Universidad o AA/AS <input type="checkbox"/> Graduada de preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Título de Licenciada, etc.
---	--	--

Nombre del Padre/Tutor	Fecha de Nacimiento	Relación con el Niño
------------------------	---------------------	----------------------

¿Vive con el Niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	Número de Teléfono Primario <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Otro:	Situación de Empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado Temporalmente <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Discapacitado de _____ a _____
--	---	---	---

Dirección de Correo Electrónico (Email) del Padre/Tutor	Número de Teléfono Alterno <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Otro:	Educación <input type="checkbox"/> Menos de la Preparatoria <input type="checkbox"/> Algún tiempo en la Universidad o AA/AS <input type="checkbox"/> Graduada de preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Título de Licenciada, etc.
--	--	--

Incluya todos los familiares que vivan en la casa por los cuales usted sea responsable de su cuidado y bienestar – NO MENCIONADOS ANTERIORMENTE:

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	¿Esta persona tiene relación con los padres del niño?	¿Esta persona se mantiene con el salario de los padres?
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Cantidad total de personas que viven en la casa (incluyéndose usted) por las cuales ofrece apoyo financiero:

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START

(HEAD START ENROLLMENT APPLICATION)

Nombre del Niño _____
(Child's Name)

Fecha de Nacimiento _____
(Birth Date)

Información de Contacto en Caso de Emergencia

Nombre	# de Teléfono	Relación

Residencia Familiar

Temporalmente en una de las siguientes opciones debido a no tener una vivienda adecuada, dificultades financieras o pérdida del hogar
Situación de Vivienda Familiar (marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Albergue Nombre _____ <input type="checkbox"/> Motel/Hotel Nombre _____ <input type="checkbox"/> Vivienda Temporal Nombre _____ <input type="checkbox"/> Habitación Personal (SRO) <input type="checkbox"/> Carro, Remolque de Vivienda (Trailer), o Campamento <input type="checkbox"/> Garaje Alquilado <input type="checkbox"/> Remolque Alquilado, Remolque en Propiedad Privada	<input type="checkbox"/> Vive con otro adulto (Que no es el padre/tutor legal) <input type="checkbox"/> Vivienda/Apartamento de otro Familiar <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones corresponden <input type="checkbox"/> Otra (No diseñada para personas) Explique: _____ _____
--	--

Elegibilidad

Madre/Tutora											
Nombre de la Madre	¿Tiene ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N										
Marque todo lo que corresponda <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">¿Recibe usted beneficios de?:</td> <td style="width: 40%;">Cantidad Mensual</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SSI</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Manutención Infantil</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingresos</td> <td>\$ _____</td> </tr> </table>		¿Recibe usted beneficios de?:	Cantidad Mensual	<input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs	\$ _____	<input type="checkbox"/> SSI	\$ _____	<input type="checkbox"/> Manutención Infantil	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingresos	\$ _____
¿Recibe usted beneficios de?:	Cantidad Mensual										
<input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs	\$ _____										
<input type="checkbox"/> SSI	\$ _____										
<input type="checkbox"/> Manutención Infantil	\$ _____										
<input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingresos	\$ _____										
Información sobre el Empleo											
Nombre del Empleador	Teléfono del Empleo										
Nombre del Empleador	Teléfono del Empleo										
Períodos de Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes <input type="checkbox"/> Mensual Cantidad Total \$ _____ Por _____											
Información sobre la Escuela/Entrenamiento											
¿Está en la Escuela o Programa de Entrenamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
Nombre de la Escuela	Teléfono de la Escuela										
Unidades Escolares _____											

Padre/Tutor											
Nombre del Padre	¿Tiene ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N										
Marque todo lo que corresponda <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">¿Recibe usted beneficios de?:</td> <td style="width: 40%;">Cantidad Mensual</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SSI</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Manutención Infantil</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingresos</td> <td>\$ _____</td> </tr> </table>		¿Recibe usted beneficios de?:	Cantidad Mensual	<input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs	\$ _____	<input type="checkbox"/> SSI	\$ _____	<input type="checkbox"/> Manutención Infantil	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingresos	\$ _____
¿Recibe usted beneficios de?:	Cantidad Mensual										
<input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs	\$ _____										
<input type="checkbox"/> SSI	\$ _____										
<input type="checkbox"/> Manutención Infantil	\$ _____										
<input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingresos	\$ _____										
Información sobre el Empleo											
Nombre del Empleador	Teléfono del Empleo										
Nombre del Empleador	Teléfono del Empleo										
Períodos de Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes <input type="checkbox"/> Mensual Cantidad Total \$ _____ Por _____											
Información sobre la Escuela/Entrenamiento											
¿Está en la Escuela o Programa de Entrenamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
Nombre de la Escuela	Teléfono de la Escuela										
Unidades Escolares _____											

Declaro que la información en esta solicitud es verdadera y precisa de acuerdo con mis conocimientos. Entiendo que si no ofrezco la información correcta se puede considerar la negación de la solicitud o la suspensión de los servicios de cuidado infantil. Notificaré a la agencia inmediatamente si ocurre algún cambio en mis ingresos, tamaño de la familia, dirección de vivienda, empleo o razón para necesitar los servicios de cuidado infantil.

(I certify that the information in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that failure to report correct information may be grounds for rejection of this application or termination of childcare services. I will notify the agency immediately if there is any change in my income, family size, residence, employment, or reason for needing childcare services.)

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

Laserfiche Only

Nombre del Niño _____
(Child's Name)

Fecha de Nacimiento _____
(Birth Date)

INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE SALUD
(HEALTH HISTORY INFORMATION)

Nombre del Médico (Clínica del Hogar) (Doctor's Name) (Medical Home)	# de Teléfono (Phone) ()	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Código Postal (Zip)
Nombre del Dentista (Clínica del Hogar) (Dentist's Name) (Dental Home)	# de Teléfono (Phone) ()	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Código Postal (Zip)
Seguro de Salud: <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Medicaid <input type="checkbox"/> California Healthy Kids <input type="checkbox"/> Privado (Private) Otro _____ (Health/Dental Coverage) (Other)				
Seguro Dental: <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Medicaid <input type="checkbox"/> California Healthy Kids <input type="checkbox"/> Privado (Private) Otro _____ (Health/Dental Coverage) (Other)				
¿Recibe usted servicios de WIC? (Are you receiving services from WIC?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)		¿Tiene seguro médico para usted y su familia? (Do you have health insurance for yourself/family?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)		

INMUNIZACIONES (IMMUNIZATIONS)

Antes de colocar a su hijo(a) en una lista de clase, una copia de la tarjeta de vacunas actuales debe ser recibida por el Programa de Head Start del Condado de Santa Clara conforme con los requisitos de las Vacunas / Inmunizaciones del Estado de California. Todas las vacunas deben ser escritas, mostrando la fecha de su aplicación y una firma o sello de verificación del médico. Si su niño no tiene una tarjeta de vacunas o no ha recibido las vacunas requeridas, comuníquese con su doctor lo más pronto posible para obtener el expediente o hacer una cita para que su hijo(a) reciba las vacunas.
(Before your child is placed on a class list, a copy of your child's current immunization records must be received by the program according to the State of California Immunizations requirements. All immunizations must be recorded by showing a date given and signature or stamp verification by health care provider. If your child does not have an immunization record or has not received all required immunizations, call your health care provider as soon as possible to obtain a record or make an appointment for your child to receive these immunizations)

EXAMEN FISICO REQUERIDO (EXAMEN FISICO) [REQUIRED HEALTH ASSESSMENT (PHYSICAL EXAM)]

Se requiere que el niño tenga un examen médico realizado por un especialista. Este examen debería incluir pruebas de Hemoglobina / Hematocrito (exámenes de sangre) por lo menos a los 12 meses en caso de riesgo, Examen Auditivo y Visual, Estatura y Peso, Evaluación de la TB y/o examen en caso de riesgo, uso de tabaco y prueba de contenido de plomo/ análisis de sangre. Si usted no tiene una copia del examen físico actual de su hijo(a), le pedirán que lleve a su hijo(a) al doctor en el plazo de 30 días del primer día de clase para obtener uno. Es mejor hacer esto antes de que ubiquen a su hijo(a) en la lista de clase. (Ver el formulario adjunto de Evaluación de la Salud Infantil).
[A health assessment (physical examination) by a physician is required. This exam should include Hemoglobin / Hematocrit (blood work), at 12 months and older if at risk, Hearing and Vision Screenings, Height & Weight, TB Assessment and/or test if at risk, Lead Assessment/Blood Test. . If you do not have a copy of a current physical exam for your child, you will be asked to take your child to the doctor within 30 days of the first day of school to obtain one. It is best to do this before your child is placed on a class list (see attached Child Health Assessment form)].

¿Se incluye una copia actual del Examen Físico con este formulario? Sí (Yes) No (No) Fecha del último examen físico del niño _____
(Is a copy of a current Physical Exam included with application?) (Date of child's last physical exam)

EXAMEN DENTAL REQUERIDO (PARA NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD)
[REQUIRED DENTAL EXAM (CHILDREN AGES 1-5 YEARS OLD)]

A partir de los 12 meses se requiere que el niño tenga un examen dental realizado por un dentista. Si usted no tiene una copia del examen actual dental, se le pedirá que lleve a su niño al dentista dentro de 90 días del primer día de clases para hacerlo. Es mejor hacer esto antes de que ubiquen a su hijo en una lista de clases (ver el Formulario de Evaluación Dental)
[A dental exam by a dentist is required starting at 12 months. If you do not have a copy of a current dental exam for your child, you will be asked to take your child to the dentist within 90 days of the first day of school to obtain one. It is best to do this before your child is placed on a class list (see attached Dental Examination form)].

¿Se incluye una copia actual del Examen Dental con este formulario? Sí (Yes) No (No) Fecha del último examen dental del niño _____
(Is a copy of a current Dental Exam included with application?) (Date of child's last dental visit)

Nombre del Niño _____
(Child's Name)

Fecha de Nacimiento _____
(Birth Date)

MEDICAMENTOS (MEDICATIONS)

ESCRIBA TODOS LOS MEDICAMENTOS (CON RECETA Y SIN RECETA) QUE SU NIÑO(A) TOMA REGULARMENTE:

[LIST ALL MEDICINES (PRESCRIPTIVE AND NON-PRESCRIPTIVE) THAT YOUR CHILD TAKES REGULARLY]

¿Su niño(a) va a necesitar tomar medicamentos en la escuela? Sí No

(Will your child need to have medication at school? Yes No)

Su hijo no recibirá medicamentos en la escuela sin la indicación de un médico o sin tener un Plan de Salud para el Salón de clases por escrito aprobado por los padres y el personal del programa.

(Your child will not be given medication at school without a physician's note and a Classroom Health Plan written with the parent and program staff)

ALERGIAS Y DIETAS ESPECIALES

CIRCULAR UNA OPCIÓN

(ALLERGIES AND SPECIAL DIETS)

(CIRCLE ONE)

INDICAR TODAS LAS ALERGIAS (A COMIDAS O DE CUALQUIER OTRO TIPO)

(LIST ALL ALLERGIES) (FOOD OR OTHER)

¿Le han recetado algún medicamento a su hijo(a) por alguna reacción alérgica?

Sí No
(Yes) (No)

(Has your child been prescribed medication for an allergic reaction?)

Indicar las dietas especiales que deben incluirse para acomodar preferencias culturales o por motivos de religión o condición médica (indicar que tipo de comidas se deben incluir)

(List special diets to accommodate for cultural preference or for religious or medical reasons) (indicate what specific foods are included)

Un Plan de Nutrición para el Salón de Clases será escrito con los padres y el personal del programa para tratar todas las alergias y dietas especiales.

(A Classroom Nutrition Plan will be written with the parent and program staff to address all allergies and special diets)

NUTRICIÓN (NUTRITION)

¿Su niño tiene alguno de los síntomas siguientes después de comer? Sí No Diarrea Vómitos Picazón en la piel Dificultad para tragar

(Does your child experience any of the following symptoms after eating?) (Yes) (No) (Diarrhea) (Vomiting) (Itching) (Difficulty Swallowing)

¿Su niño come alguna de las sustancias siguientes? Sí No Si la respuesta es sí, favor de circular las que aplican

(Does your child eat any of the following) (Yes) (No) (if yes, circle those that apply)

Tierra Lodo Pintura Hielo Harina de maíz Polvo detergente Plastilina escolar Lápices Escarcha del Refrigerador
(Dirt) (Clay) (Paint Chips) (Ice Chips) (Cornstarch) (Laundry Starch) (School Paste) (Pencils) (Refrigerator Frost)

NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD/ ENFERMEDADES CRÓNICAS

CIRCULE UNO

(SPECIAL HEALTH NEEDS/ CHRONIC ILLNESS)

(CIRCLE ONE)

Asma (Asthma)

Sí (Yes) No (No)

Anemia (Anemia)

Sí (Yes) No (No)

Diabetes (Diabetes)

Sí (Yes) No (No)

Convulsiones (Seizures)

Sí (Yes) No (No)

Necesidades de Información Pediátrica para los Primeros Auxilios: (Pediatric First Aid Information Needs)

Sí (Yes) No (No)

Otras Necesidades Especiales de Salud (Favor de explicar):

Sí (Yes) No (No)

(Other Special Health Needs, Please, Explain)

HISTORIAL DE NACIMIENTO (BIRTH HISTORY)

¿Fue Prematuro(a)? (Premature?)

Sí (Yes) No (No)

¿Fue su hijo(a) expuesto al humo de 2^{da} mano?

Sí (Yes) No (No)

(Was your child exposed to smoke?)

¿Mientras estuvo en el hospital, tuvo su hijo(a) alguna complicación de la salud?

Sí (Yes) No (No)

(While in the hospital, did your child experience any complications?)

OÍDOS Y OJOS (EARS AND EYES)

¿Se preocupa usted por la audición de su hijo(a)?

Sí (Yes) No (No)

(Do you have any concerns about your child's hearing?)

¿Se preocupa usted por la visión de su hijo(a)?

Sí (Yes) No (No)

(Do you have any concerns about your child's vision?)

¿Usa un aparato auditivo? (Use a hearing device?)

Sí (Yes) No (No)

¿Ha usado lentes su hijo(a)? (Has your child ever worn glasses?)

Sí (Yes) No (No)

Si la respuesta es sí, en cualquiera de las categorías antes mencionadas, favor de explicar: (If yes, to any of the above, please explain)

Nombre del Niño _____
(Child's Name)

Fecha de Nacimiento _____
(Birth Date)

HISTORIA DE LA FAMILIA (FAMILY HISTORY)

Estado de la Salud de la Madre: (Mother's Health Status)
 Bueno (Good) Normal (Fair) Pobre (Poor)

Estado de la Salud de la Padre: (Father's Health Status)
 Bueno (Good) Normal (Fair) Pobre (Poor)

¿Durante el embarazo, la madre consumió bebidas alcohólicas que afectaron el desarrollo del niño(a)?
(While pregnant did the mother drink alcoholic beverages that affected the development of the child?)
Sí (Yes) No (No)

¿Durante el embarazo, la madre consumió drogas que afectaron el desarrollo del niño(a)?
(While pregnant did the mother take any drugs that affected the development of the child?)
Sí (Yes) No (No)

Si su respuesta es sí, en cualquiera de los temas mencionados anteriormente, favor de explicar: (If yes, to any of the above, please explain)

¿Está expuesto(a) su hijo(a) al humo de segunda mano?
(Is your child exposed to second hand smoke?)
Sí (Yes) No (No)

DESARROLLO SOCIO-EMOCIONAL (SOCIAL-EMOTIONAL DEVELOPMENT)

Su hijo(a) tiene: (Does Child Have?)

Su hijo(a) tiene: (Does Child Have?)

¿Problemas conviviendo con niños de su misma edad?
(Problems getting along with other children the same age?)
Sí (Yes) No (No)

¿Conducta agresiva?
(Aggressive behavior?)
Sí (Yes) No (No)

¿Problemas conviviendo con otros miembros de la familia?
(Problems getting along with other family members?)
Sí (Yes) No (No)

¿Demasiada timidez?
(Extreme shyness?)
Sí (Yes) No (No)

¿Dificultad para dormir?
(Problems sleeping?)
Sí (Yes) No (No)

¿Problemas separándose de su padre / tutor?
(Problems separating from parent/guardian?)
Sí (Yes) No (No)

¿Hace berrinches frecuentemente?
(Temper tantrums?)
Sí (Yes) No (No)

Otras preocupaciones que usted pueda tener sobre la conducta de su hijo(a): (Other concerns you may have about your child's behavior:)

¿Miedos severos? (Severe fears?)
Sí (Yes) No (No)

¿Actualmente recibiendo servicios médicos de salud mental?
(Currently receiving mental health services?)
Sí (Yes) No (No) **Si la respuesta es sí**, nombre de la agencia: (If yes, agency name:)

DISCAPACIDADES (DISABILITIES)

¿Su hijo(a) tiene un Programa Educativo Individualizado (IEP) con un programa de intervención temprana o un distrito escolar?
Si la respuesta es Sí, favor de enviar una copia del IEP más reciente. (Does your child have an Individualized Education Program (IEP) with your local school district of residence or County Office of Education program? **If yes**, please attach copy(ies) of the most recent IEP.)
Sí (Yes) No (No)

¿Su hijo(a) tiene un Plan Individualizado de Servicios para la Familia con un programa de intervención temprana o un distrito escolar?
Si la respuesta es Sí, favor de enviar una copia del IFSP más reciente. (Does your child have an Individualized Family Service Plan (IFSP) with an early intervention program, regional center, County Office of Education, or school district? **If yes**, please attach copy(ies) of the most recent IFSP.)
Sí (Yes) No (No)

Información adicional sobre la discapacidad de su hijo(a) o cualquier otra preocupación del desarrollo. **Si la respuesta es sí**, favor de explicar:
(Additional information about your child's disability or other developmental concerns. Please explain if yes circled above)

AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR EL PROGRAMA

(PARENT AUTHORIZATION FOR PROGRAM SERVICES)

Entiendo que el Programa Head Start es un programa general que ofrece varios servicios para apoyar a mi niño(a) y a mi familia. Las observaciones y las evaluaciones dentro del salón de clase son parte del programa, las cuales permiten al personal escolar y a asesores contratados por la Oficina de Educación del Condado de Santa Clara (SCCOE) planificar el desarrollo individual de mi niño(a). Entiendo que Programa Head Start me mantendrá informado(a) cuando cada servicio sea completado y me ofrecerá los resultados de todos los procedimientos y servicios que mi niño(a) reciba.
(I understand that Children's Services Department – Head Start Program is a comprehensive program that will provide many services to support my child and family. Classroom observations and screenings are part of the program, which enable staff to plan for my child's individual development. I understand that the Head Start staff will keep me informed as each service is completed and provide, to me, the results of all procedures and services my child receives.

Yo doy permiso al personal de Head Start para que complete los siguientes exámenes con mi niño(a): **Sí (Yes)** **No (No)**
(I give permission for Head Start staff to complete the following with my child)

- Exámenes dentales (Dental Screenings)
- Prueba de la vista/ Audición (Vision & Hearing Screenings)
- Presión sanguínea (Blood Pressure)
- Estatura y peso (Height & Weight)
- Evaluación nutritiva (Nutrition Assessment)
- Evaluación social y emocional / Consulta de conducta saludable (Social Emotional Screening / Behavioral Health Consultation)
- Pruebas de desarrollo / Otros servicios (Developmental Screenings/ Other Services)

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____ Firma del Personal de Apoyo Familiar _____ Fecha _____
(Parent/Guardian's Signature) (Date) (Family Advocate's Signature)

Revisado con padre/tutor del niño que regresa al programa _____ Fecha _____
(Reviewed with parent/guardian of returning children) (Date)

**Autorización para revelar registros e intercambiar información
(FAVOR DE LLENAR Y ENTREGAR)**

(Authorization to Release Records and Exchange Information)
(COMPLETE AND RETURN THIS FORM)

Nombre del/la Niño(a) _____ **Fecha de Nacimiento** _____
(Child's Name) (Date of Birth)

Nombre del Padre/Madre/Tutor _____
(Parent/Guardian's Name)

Mediante la presente, autorizo al Programa Head Start del Departamento de Servicios de la Enseñanza Temprana de la Oficina de Educación del Condado de Santa Clara a revelar registros e intercambiar información.

(I hereby authorize the release of records and exchange of information to Santa Clara County Office of Education, Early Learning Services Department Head Start Program.)

Nombre del empleado: _____

Una copia del examen físico, los registros de vacunación (incluyendo la prueba de la piel para detectar la Tuberculosis), examen dental y plan de tratamiento, todas las evaluaciones o informes de diagnóstico relacionados con la salud y el desarrollo de mi hijo(a) y el Programa Educativo Individualizado (IEP) y/o Plan de Servicios Individualizados para la Familia (IFSP) de distritos escolares, centros regionales u otras agencias (incluir debajo).

(Physical examination, immunizations records (including a Tuberculosis Skin Test), dental examination and treatment plan, all assessment or diagnostic reports related to my child's health and development, and Individualized Education Program (IEP) and/or Individualized Family Service Plan (IFSP) from school districts, regional centers, or other agencies (list below).

Health Care Provider

Dental Provider

Other

Toda la información que sea revelada sobre mi hijo(a) debe seguir las medidas de procedimiento señaladas en las orientaciones de los Códigos Administrativos Federales y Estatales: Ley sobre la Transferibilidad y Privacidad del Seguro Médico [“Health Insurance Portability and Private Act (HIPAA) de 2003; la Ley sobre Derechos Educativos y la Privacidad de la Familia (Family Educational Rights, FERPA) de 2009; Ley sobre el Mejoramiento de la Educación de las Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Improvement Act, IDEA)] de 2004 y los Estándares de Aprovechamiento del Programa Head Start (1301, 1304, 1305 y 1308).

[All release of information about my child will follow the procedural safeguards outlined in the provisions of Federal and State Administrative Codes: Health Insurance Portability and Private Act, (HIPAA), 2003; Family Educational Rights and Privacy Act, (FERPA), 2009; Individuals with Disabilities Education Improvement Act, (IDEA), 2004; and Head Start Performance Standards (1301, 1304, 1305, and 1308)].

Entiendo que esta información es estrictamente confidencial y será utilizada para ofrecer servicios necesarios y para poder informar estadísticamente sobre los resultados de los exámenes de salud. Esta autorización tendrá validez por un año a partir de la fecha en que sea firmada.

(I understand this information is strictly confidential and will be used to provide necessary services and to permit statistical reporting on the results of screenings. This authorization shall be valid for one year from the date is signed).

Firma del Padre/Madre/Tutor (Parent/Guardian's Signature)

Fecha (Date)

Autorización para Compartir Información
(Authorization to Share Records)

LLENAR Y ENTREGAR ESTE FORMULARIO
(COMPLETE AND RETURN THIS FORM)

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre/Madre o Tutor _____

El Programa Head Start/Early Head Start de la Oficina de Educación del Condado de Santa Clara ha establecido asociaciones con otras agencias de cuidado infantil para ofrecer el cuidado infantil y los servicios familiares de calidad a un mayor número de niños y familias. Si usted nos permite compartir su solicitud de inscripción y la información necesaria con nuestros asociados del cuidado infantil, esto podría ayudarnos a encontrar un lugar para su niño(a) más rápido. Los niños y las familias que se inscriben en nuestras agencias asociadas reciben todos los mismos beneficios de alta calidad que reciben los niños en nuestro Programa Head Start/Early Head Start directamente en nuestros salones de clases.

Si usted autoriza a que se comparta esta información, es posible que una de nuestras agencias asociadas para el cuidado infantil le contacte para ofrecerle oportunidades de inscripción en su programa.

Agencias Asociadas con el Programa Head Start/Early Head Start de la “SCCOE”:

- Programa de Desarrollo Infantil del Distrito “*East Side Union High School District*” (Early Head Start)
- Kidango, Inc.
- Distrito Escolar Mountain View Whisman
- SJB CDC
- Programas de Preescolar Estatal
- Programas para Familias Jóvenes del Distrito “*San Jose Unified School District*” (Early Head Start)
- Community Child Care Council of Santa Clara County, Inc. (4C’s - Early Head Start)

Toda entrega de información sobre mi niño(a) cumplirá con las guías de procedimientos descritas en las provisiones de los Códigos Administrativos Federales y Estatales: Ley sobre el Seguro de Salud y la Privacidad (*Health Insurance Portability and Private Act, “HIPAA”, 2003*); Ley sobre los Derechos Educativos de la Familia y la Privacidad (FERPA), 2009; Ley sobre el Mejoramiento Educativo de las Personas que tienen Discapacidades (*Individuals with Disabilities Education Improvement Act, “IDEA”, 2004* y la Ley sobre Estándares de Aprovechamiento de Head Start (1301, 1304, 1305 y 1308).

- Sí, autorizo a que se comparta la solicitud de inscripción de mi hijo(a) y que se envíe la información necesaria a las agencias asociadas de cuidado infantil para facilitar la inscripción de mi hijo(a) en un programa de preescolar.
- No, no autorizo a que se comparta la solicitud de inscripción de mi hijo(a) ni la información necesaria a las agencias asociadas de cuidado infantil.

Parent/Guardian’s Signature (Firma del Padre/Tutor)

Date (Fecha)

Dental Examination

Child's Name _____ Birth Date _____

Center Name _____ Entry Date _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION / AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN / LỜØI CHO PHEÙP QUAÙNG BAÙ CHI TIEÁT

I authorize release of dental information contained in this report to the Head Start Program
Yo autorizo que la información dental que aparece en este reporte sea revelada al Programa Head Start
Toài cho pheùp quaùng bàù càùc chi tieát y khoa ôû trên bàùn bàùo càùo nàø y ñeán Chõøng Trình Head Start.

Parent/Guardian's Signature / Firma Del Padre-Tutor / Phuï Huynh Hoaëc Giaùm Hoä Kyù Teân _____ Date / Fecha / Ngaøy _____

Dear Dental Provider:

Please fill out this form completely, sign, and return to the child's parent/guardian listed above. If the child requires more than a routine check-up, we will require information when the initial examination is done and when treatment has been completed*. **Please note: when routine care is provided by a hygienist, Head Start guidelines require a dentist signature to ensure that care has been provided.**

Date of most recent dental examination _____

- Child received prophylaxis, OHI and fluoride application
- Child had x-rays taken
- Was child prescribed fluoride Yes No
- Decay Yes No
- Results** Is treatment required at this time other than preventive care? Yes No
- Class I Prevention (sealant/fluoride/prophylaxis)
- Class II Moderate dental problems (cavities into dentin – less than 3 teeth)
- Class III Severe dental problems (more than 3 teeth have cavities, cavities involving the pulp)
- Class IV Emergency dental treatment required (abscess/pain/rampant decay)
- Next appointment date for routine care _____

Dentist's office stamp/name, phone number, and address (required) _____

Dentist's Signature _____ Date _____

***COMPLETE THIS SECTION ONLY IF TREATMENT OTHER THAN PREVENTATIVE CARE IS REQUIRED.**

Summary of Treatment

- Treatment completed Yes No Date _____
- Pulpal treatment
- Extraction of non-restorable teeth Space maintainers
- Restoration of decayed teeth (fillings/crowns)
- Referred to specialist (Dentist name & specialty) _____
- Next appointment date for treatment _____
- Other _____

Dentist's Signature (**treatment required) _____

Clínicas Dentales de CHDP

(CHDP DENTAL PROVIDERS)

Cyrus M. Akhbari Pediatric Dentistry 1201 Park Avenue, Suite 2 San Jose, CA 95126 (408) 971-9990 Spanish/Farsi/Vietnamese	Dental Image Adrienne N. Lan Van 2114 Senter Road, Suite 14 San Jose, CA 95112 (408) 298-8187 Spanish/Vietnamese	Daisy G. Ison 2340 McKee Road, Suite 22 San Jose, CA 95116 (408) 272-8855 Spanish/Tagalog
Evergreen Dental Group 3162 Newberry Avenue San Jose, CA 95118 (408) 274-9600 Spanish – Closed Mondays	Santa Clara County Dental Center 500 Tully Road San Jose, CA 95111 (408) 808-6102 Spanish	Jackson Family Dental 2324 Montpelier, Suite 3 San Jose, CA 95116 (408) 937-5950 Spanish/Farsi
Lucky Dental 2230 Story Road, Suite 20 San Jose, CA 95122 (408) 928-6000 Spanish/Chinese	San Jose Dental Surgery Center Children’s Dental Clinic 1998 Alum Rock Avenue San Jose, CA 95116 (408) 240-9000 Spanish/Vietnamese	Maria Villar Willow Dental Health Center 283 Willow Street San Jose, CA 95110 (408) 298-6411 Spanish
Son A. Tran 2060 Aborn Road, Suite 150 San Jose, CA 95121 (408) 239-0816 Vietnamese	Asadi H 3535 Ross Avenue, Suite 105 San Jose, CA 95124 (408) 267-5600 Spanish/Farsi	Children’s Dental Center 1153 South King Road San Jose, CA 95122 (408) 240-0250 Spanish/Vietnamese
Indian Health Center Dental Department 1333 Meridian Avenue San Jose, CA 95125 (408) 445-3400 ext. 230 or 280 Spanish Saturdays by appointment only	Tino Cuong Tonthat, DDS 56 North 13 th Street #102 San Jose, CA 95112 (408) 295-2530 Spanish/Vietnamese Monday – Friday Saturday by appointment only	Devinder S. Shoker 1295 South Park Victoria Drive Milpitas, CA 95035 (408) 945-0411 Spanish/Vietnamese/Hindi/Tagalog
Children’s Dental Center 897 West El Camino Real Sunnyvale, CA 94087 (877) 567-6453 (408) 701-5882	City Dental Center 7671 Monterey Road, Suite C Gilroy, CA 95020 (408) 842-5000 Spanish/Farsi	South Valley Dental Clinic 7475 Camino Arroyo Circle Gilroy, CA 95020 (888) 334-1000 Spanish
South County Dental Center Gardner Health 7526 Monterey Street Gilroy, CA 95020 (408) 848-9436 Spanish Open Monday through Saturday	San Benito Health Foundation Dental Department 351 Felipe Drive Hollister, CA 95023 (831) 637-5306	Virginia Cavero, DSS 345 5 th Street, Suite 2 Hollister, CA 95023 (831) 636-6510
Santa Ana Dental 4 East Street Hollister, CA 95023-4004 (831) 634-0411	Terry Slaughter, DDS 901 Sunset Drive, Suite 5 Hollister, CA 95023 (831) 636-8484	

Your child could be eligible for free dental exam.

Call the numbers below for information on free or low cost children’s health insurance programs:

Children’s Health Initiative	1 (888) 244-5222
Child Health & Disability Prevention Program	1 (800) 689-6669
Medi-Cal Eligibility	1 (800) 541-5555
Santa Clara Family Health Foundation	1 (877) 680-4555

CHILD HEALTH ASSESSMENT REPORT – CONFIDENTIAL

Health Care Professional: Please complete this form and return to parent/guardian on the day of visit.

Child's Last Name	First name	Initial	Sex M F	Birth Date MONTH DAY YEAR
-------------------	------------	---------	--------------------------	----------------------------------

SECTION TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION / AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN / LỜI CHO PHÉP QUẢNG QUÁ CHI TIẾT	
I authorize release of medical information contained in this report to the Head Start Program / Yo autorizo que la información médica que aparece en este informe sea compartido con el Programa Head Start / Tôi đồng ý chia sẻ các chi tiết y khoa trong bản báo cáo này với Chương trình Head Start	
SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN / FIRMA DEL PADRE O TUTOR / PHỤ HUYNH HOẶC GIAM HỘ KỲ TÊN	DATE / FECHA / NGÀY

HEALTH CARE PROVIDER MUST COMPLETE ALL ITEMS BELOW

Date of Service	Month	Day	Year	Child's Age	Years	Months	Allergies
Height / Length Required <i>(Inches)</i>	Weight Required <i>(Pounds)</i>	BMI Percentile _____ <i>(2, 3, 4, 5 yrs. old only)</i> *Over weight? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, method of treatment _____		0 – 24 Months Head Circumference <i>(Centimeters)</i>		Blood Pressure <i>(3,4,5 yrs old)</i> Earlier if at risk as determined by health care provider /	Vision Chart Exam OD _____ OS _____ OU _____ Corrected/Uncorrected
Please indicate outcome for each screening procedure <i>(Refer to Periodicity Schedule on reverse of form)</i>				<input checked="" type="checkbox"/> No Problem Suspected	<input checked="" type="checkbox"/> Problem Suspected	* If a problem is suspected or diagnosed at this visit, please note treatment plan and special care instructions or restrictions in this area.	
Developmental Screening 9, 18, and 30 months							
Autism Screening 18 and 24 months							
Developmental Surveillance 1-6, and 12,15, 24 mos., and 3-5 yrs old							
Psychosocial / Behavioral Assessment							
History and Physical Exam							
Dyslipidemia Screening 24 months and 4 yrs old							
Oral Health 6 months - 5 yrs old Was child prescribed fluoride <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Was Child Referred to a Dentists <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
Fluoride Varnish 6 mos - 5 yrs old as determined by health care provider <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
Anticipatory Guidance							
New Born Blood Screening 1-2 months as determined by health care provider							
Hemoglobin/Hematocrit: to be performed at 12 mos and when indicated by risk assessment starting at 4 mos; and older as determined by health care provider <input type="checkbox"/> Risk Assessment (Please check box)		Hgb Values Date _____ <input type="checkbox"/> N/A	Hct Values Date _____ <input type="checkbox"/> N/A	*Anemia Diagnosis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A If yes, method of treatment _____		Has child been diagnosed with food Allergies? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A If yes, please explain _____	
Blood Lead Level (BLL)-CA Law mandates: to be performed at 12 and 24 months; Test at 24-72 months, if not <u>previously tested</u>			BLL Value Date _____	* Need status of BLL Value		If tests were not done, please explain why?	
Blood Lead Risk Assessment Required at 6 to 18 months; then, annually at 2, 3, 4, 5 yrs.			<input type="checkbox"/> Blood Lead Risk Assessment (Please check box)				
<input type="checkbox"/> 0 - 36 months old – Sensory Screening Hearing Clinical Assessment Concern <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
<input type="checkbox"/> 0 - 35 months old – Sensory Screening Vision Clinical Observation Concern <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
<input type="checkbox"/> 4 - 5 yrs. old – Hearing Screening <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Failed <input type="checkbox"/> Re-Screen Concern <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
<input type="checkbox"/> 3 - 5 yrs. old – Vision Screening <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Failed <input type="checkbox"/> Re-Screen Concern <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
Tuberculin Verbal Risk Assessment to be performed at <1, 6, 12, and 24 mo.; then, annually at 3, 4, and 5 yrs old			<input type="checkbox"/> Verbal Risk Assessment Completed (Please check box)				
* Is TB Test required at this time? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		* Complete this section only if TB Test is required		Date Given	Date Read		
Results in millimeters _____ <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive		Date X-Rays Taken _____		X-Rays Results _____			
Child needs Immunizations? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Immunizations given today Date _____					
Polio _____ DTP _____ MMR _____ HIB _____ Hepatitis B _____ Varicella _____ PCV _____ Other _____							
Health Care Professional (Include name, address, and telephone number)				Referred to		Telephone Number	
Provider's Signature			Child is up-to-date on a schedule of age appropriate preventive and primary health care <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, please explain _____			Date	

HEAD START / EARLY HEAD START PERIODICITY SCREENING GUIDELINES

**BRIGHT FUTURES / AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS
RECOMMENDATIONS FOR PREVENTIVE PEDIATRIC HEALTH CARE**

Note: These guidelines represent a consensus by the American Academy of Pediatrics (AAP) and Bright Futures.

INTERVAL TO NEXT HEALTH ASSESSMENT													
AGE ¹	By 1 mo	2 mo	4 mo	6 mo	9 mo	12 mo	15 mo	18 mo	24 mo	30 mo	3 yrs	4 yrs	5 yrs
HISTORY													
Initial/Interval	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
MEASUREMENTS													
Length/Height and Weight	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Head Circumference	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Weight for Length	•	•	•	•	•	•	•	•					
Body Mass Index ⁵									•	•	•	•	•
Blood Pressure ⁶	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	•	•	•
SENSORY SCREENING													
Vision ⁷	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	•	•	•
Hearing	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	•	•
DEVELOPMENTAL/BEHAVIORAL ASSESSMENT													
Developmental Screening ⁹					•			•		•			
Autism Screening ¹⁰								•	•				
Developmental Surveillance	•	•	•	•		•	•		•		•	•	•
Psychosocial/Behavioral Assessment	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Alcohol and Drug Use Assessment ¹¹													
Depression Screening ¹²													
PHYSICAL EXAMINATION¹³	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
PROCEDURES¹⁴													
Newborn Blood Screening ¹⁵	• →												
Critical Congenital Heart Defect Screening ¹⁶													
Immunization ¹⁷	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Hematocrit or Hemoglobin ¹⁸			★			•	★	★	★	★	★	★	★
Lead Screening ¹⁹				★	★	• or ★ ²⁰		★	• or ★ ²⁰		★	★	★
Tuberculosis Testing ²¹	★			★		★			★		★	★	★
Dyslipidemia Screening ²²									★			★	
STI/HIV Screening ²³													
Cervical Dysplasia Screening ²⁴													
ORAL HEALTH²⁵				★	★	• or ★		• or ★	• or ★	• or ★	•		
Fluoride Varnish ²⁶				←				•					→
ANTICIPATORY GUIDANCE	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

KEY	• To be performed	★ Risk assessment to be performed with appropriate action to follow, if positive	← • → Range during which a service may be provided
------------	-------------------	--	--

Note: Children coming under care who have not received all the recommended procedures for an earlier age should be brought up-to-date as appropriate. *Please refer to AAP Bright Futures Schedule for health assessment by age group.*

Clínicas para la Atención Infantil de Pediatría
(PEDIATRIC PRIMARY CARE PROVIDERS)

Valley Health Center Fair Oaks
660 South Fair Oaks Avenue
Sunnyvale, CA 94086
1 (888) 334-1000

Franklin-McKinley Neighborhood Clinic
645 Wool Creek Drive
San Jose, CA 95112
1 (408) 283-6051

San Jose High Neighborhood Clinic
1149 East Julian Street, Building H
San Jose, CA 95116
1 (408) 535-6001

Indian Health Center
1333 Meridian Avenue
San Jose, CA 95125
1 (408) 445-3400

San Jose Foothill Family Community Clinic
2880 Story Road
San Jose, CA 95127
1 (408) 729-4282

Washington Neighborhood Health Clinic
100 Oak Street
San Jose, CA 95110
1 (408) 295-0980

Gardner Health Center
195 East Virginia Street
San Jose, CA 95112
1 (408) 918-5500

St. James Health Center
55 East Julian Street
San Jose, CA 95112
1 (408) 918-2600

Planned Parenthood, Blossom Hill
5440 Thornwood Drive, Suite G
San Jose, CA 95123
1 (408) 281-9777

Planned Parenthood, San Jose
1691 The Alameda
San Jose, CA 95126
1 (408) 287-7526

Planned Parenthood, Mar Monte
2470 Alvin Avenue, Suite 60
San Jose, CA 95121
1 (408) 274-7100

Mayview Community Health Center at Mountain View
900 Miramonte Avenue
Mt. View, CA 94040
1 (650) 965-3323

Planned Parenthood, Mt. View
225 San Antonio Road
Mt. View, CA 94040
1 (650) 948-0807

Gardner South County Health Center
7526 Monterey Road
Gilroy, CA 95020
1 (408) 848-9400

Gilroy Neighborhood Health Clinic
7861 Murray Avenue
Gilroy, CA 95020
1 (408) 842-1017

Valley Health Center Gilroy
7475 Camino Arroyo Circle
Gilroy, CA 95020
1 (888) 334-1000

Hazel Hawkins Community Health Clinic
930 Sunset Drive, Building 3
Hollister, CA 95023
1 (831) 636-2664

San Benito Health Foundation
351 Felice Drive
Hollister, CA 95023
1 (831) 637-5306

Office hours
Mon - Fri – 8:00 am – 8:00 pm
Saturday - 8:15 am – 5:00 pm
Sunday – 8:15 am – 12:00 noon

Valley Health Center Fair Oaks
660 South Fair Oaks Avenue
Sunnyvale, CA 94086
1 (888) 334-1000

Franklin-McKinley Neighborhood Clinic
645 Wool Creek Drive
San Jose, CA 95112
1 (408) 283-6051

San Jose High Neighborhood Clinic
1149 East Julian Street, Building H
San Jose, CA 95116
1 (408) 535-6001

YOUR CHILD COULD BE ELIGIBLE FOR A FREE HEALTH EXAM

Call the numbers below for information on free or low cost children's health insurance programs:

Children's Health Initiative	1 (888) 244-5222
Child Health & Disability Prevention Program	1 (800) 689-6669
Medi-Cal Eligibility	1 (800) 541-5555
Santa Clara Healthier Kids Foundation	1 (877) 680-4555