



<http://www.myheadstart.org>

SANTA CLARA COUNTY OFFICE OF EDUCATION
Early Learning Services Department - Head Start Program
1290 Ridder Park Drive, MC 225
San Jose, CA 95131-2304

1 (408) 453-6900 or 1 (800) 820-8182

Kính thưa quý phụ huynh,

Chân thành cảm ơn quý vị đã chú ý đến Chương trình Head Start. Chúng tôi cung cấp các dịch vụ giáo dục vườn trẻ nửa ngày và nguyên ngày, tất cả đều miễn phí, cho các gia đình ở trong Hạt Santa Clara và San Benito. Chúng tôi cũng cung cấp các dịch vụ tại gia và dịch vụ vườn trẻ cho trẻ em từ lứa tuổi sơ sinh đến 36 tháng. Xin điền đầy đủ các chi tiết vào đơn xin nhập học và nếu quý vị cần giúp đỡ, quý vị có thể gọi cho chúng tôi ở số (408) 453-6900 hoặc (800) 820-8182, từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều.

Xin ghi nhớ rằng thủ tục nhập học sẽ cần quý vị gặp nhân viên Head Start để được phỏng vấn.

CÁC GIẤY TỜ QUÝ VỊ CẦN CÓ (Xin chỉ gửi bản sao, chúng tôi sẽ không gửi trả các giấy tờ mà chúng tôi nhận được)

- Giấy chứng minh lợi tức** – Giấy tờ phải cho thấy mức thu nhập của quý vị **trong 12 tháng qua**. Tất cả các nguồn thu nhập của phụ huynh hoặc giám hộ của con em cần được nạp vào, bao gồm:
 - **Cùi phiếu lương của 12 tháng trước**, hoặc cùi phiếu lương cùng với
 - **Giấy khai thuế 1040 hoặc W-2 mới nhất**
 - **Giấy Báo Trợ Cấp** (Notice of Action) (nếu có nhận trợ cấp CalWORKs)
 - **Giấy chứng minh Trợ cấp An sinh Xã hội (SSI)** (nếu ứng dụng)
 - **Giấy chứng Tiền thất nghiệp** (nếu ứng dụng)
 - **Giấy chứng Tiền bồi thường nhân công/Worker's Compensation** (nếu ứng dụng)
 - **Giấy chứng Tiền trợ cấp con cái** (nếu ứng dụng)
 - **Giấy chứng Tiền cho người bị tàn tật/Disability Income** (nếu ứng dụng)
- Giấy Khai Sinh**
- Giấy chứng nhận con nuôi hợp pháp** (nếu đứa trẻ đang trong chương trình làm con nuôi)
- Giấy chứng nhận tình trạng vô gia cư** (nếu ứng dụng và có giấy)
- Hồ sơ chủng ngừa**
- Đánh giá nguy cơ bị lao hoặc khám nghiệm bệnh lao**
- Giấy IEP hoặc IFSP hiện có** (nếu ứng dụng)
- Giấy chứng minh đi làm hoặc đi học/huấn nghệ nguyên thời gian** (nếu quý vị yêu cầu các dịch vụ nguyên ngày).

LÀM HẸN CHO CUỘC PHỎNG VẤN

Một khi quý vị đã có đầy đủ các giấy tờ và đã điền đơn xong, **xin hãy gọi số 408-453-6900**. Nhân viên Head Start sẽ gọi điện thoại để hẹn quý vị ngày giờ phỏng vấn tại trường học gần nhà quý vị. Xin nhớ mang tất cả các giấy tờ nêu trên và tập đơn đăng ký nhập học mà đã được điền đầy đủ.

Xin hãy gọi số 1-408-453-6900 hoặc 1-800-820-8182 để làm hẹn phỏng vấn

**ĐƠN ĐĂNG KÝ NHẬP HỌC
(ENROLLMENT APPLICATION)**

**XIN VIẾT HOA BẰNG VIẾT MỰC ĐEN HOẶC XANH
(PLEASE PRINT LEGIBLE USING BLACK OR BLUE INK ONLY)**

Tôi muốn cho con tôi học lớp buổi Sáng (AM) Chiều (PM) Lớp nguyên ngày* (Full Day*) Lớp nào cũng được (No Preference)
*Ghi chú: Đề hội đủ điều kiện cho lớp nguyên ngày, cả hai phụ huynh/người giám hộ phải làm việc nguyên thời gian (ít nhất 30 tiếng/tuần) hoặc đang đi học nguyên thời gian (12 đơn vị hoặc hơn)

Con em (xin nhập học) [Child (Applicant)]

Tên (First Name)	Họ (Last Name)	Tên lót (Middle)	Phái tính (Gender) <input type="checkbox"/> Nam (M) <input type="checkbox"/> Nữ (F)	Ngày sinh (Birth Date) / /
Địa chỉ cư ngụ (Living Address)		Thành phố/Zip (City/ Zip)		Sinh ở Quận Hạt (Birth County)
Địa chỉ gởi thư (nếu khác trên) [(Mailing Address (if different))]		Thành phố/Zip (City/ Zip)		Con em có trong chương trình con nuôi không? (Is the child in foster care?) <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)
Sắc tộc (Ethnicity) <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha/Mỹ La-tin (Hispanic/Latino) <input type="checkbox"/> Không phải Tây Ban Nha/ Mỹ La-tin (Non-Hispanic)	Chủng tộc (race): <input type="checkbox"/> Á Đông (Asian) <input type="checkbox"/> Da Trắng (White) (Người Châu Âu, Trung Đông, Bắc phi)	<input type="checkbox"/> Mỹ Da Đen/Phi châu (Black/African American) <input type="checkbox"/> Người Đảo Thái Bình Dương/ Hawaii (Pacific Islander/Hawaian)	<input type="checkbox"/> Mỹ Thổ Dân Da Đỏ /Mỹ gốc A-las-ka (American Indian/Alaskan) <input type="checkbox"/> Lai song chủng/Đa chủng (Biracial/Multi-racial)	
Con em hiện có IEP hoặc IFSP không? (Does the child have a current IEP or IFSP?) Nếu có, xin điền vào phần Các Em Bị Khuyết Tật trong đơn này <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)				

Chi tiết về gia đình (Family Information)

Ngôn ngữ chính được nói ở nhà <input type="checkbox"/> Anh ngữ/English <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha/Spanish <input type="checkbox"/> Việt ngữ/Vietnamese <input type="checkbox"/> Ngôn ngữ khác/Other: _____ Primary Language Spoken at Home				
Quý vị muốn nhận thư từ bằng ngôn ngữ gì? <input type="checkbox"/> Anh ngữ-English <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha-Spanish <input type="checkbox"/> Việt ngữ-Vietnamese What language would you like to receive written information?				
Con em có anh chị em nào hiện đang có IEP HOẶC IFSP không? <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No) Does the child (applicant) have a sibling with a current IEP or IFSP?				
Tên họ của người được nuôi con em hợp pháp Name of Person(s) Having Legal Custody of the Child		Số phụ huynh/người giám hộ ở trong nhà Parents/Guardians in the Home <input type="checkbox"/> Một phụ huynh One Parent <input type="checkbox"/> Hai phụ huynh Two Parents		Email chính/Primary Email Address
Tên họ người mẹ/Giám hộ (Mother/Guardian's Name)		Ngày sinh (Birth Date) / /		Mối quan hệ với con em/Relationship to Child
Có sống với con em/Lives with the Child <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)		Tình trạng hôn nhân/Marital Status: <input type="checkbox"/> Đã kết hôn/Married <input type="checkbox"/> Độc thân/Single <input type="checkbox"/> Ly dị/Divorced <input type="checkbox"/> Ly thân/Separated <input type="checkbox"/> Góa bụa/Widowed		
Số điện thoại chính/Primary Phone Number <input type="checkbox"/> Di động/Cell <input type="checkbox"/> Nhà/Home <input type="checkbox"/> Sờ/Work <input type="checkbox"/> Số khác/Other		Tình trạng việc làm/Employment Status <input type="checkbox"/> Có việc làm/Employed <input type="checkbox"/> Đi làm theo mùa/Seasonally Employed <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu/Retired <input type="checkbox"/> Thất nghiệp/Unemployed <input type="checkbox"/> Đang tìm việc làm/Seeking Employment <input type="checkbox"/> Sinh viên/Student <input type="checkbox"/> Bị tàn tật/Disabled <input type="checkbox"/> Bị mất khả năng làm việc/Incapacitated Từ ngày _____ đến _____		
Email của người mẹ hoặc giám hộ Mother/Guardian's Email Address		Số điện thoại phụ Alternate Phone Number <input type="checkbox"/> Di động/Cell <input type="checkbox"/> Nhà/Home <input type="checkbox"/> Sờ/Work <input type="checkbox"/> Số khác/Other		Trình độ học vấn (Education) <input type="checkbox"/> Chưa xong Trung học (Less than High School) <input type="checkbox"/> Có bằng Trung học bằng Phổ thông (High School Grad or GED) <input type="checkbox"/> Chưa xong Đại học hoặc có bằng Cao Đẳng (Some College or AA/AS) <input type="checkbox"/> Có bằng Cử Nhân hoặc bằng cao hơn (Bachelor's or Advanced Degree)

Laserfiche / Child's Binder Enrollment Section

**ĐƠN XIN NHẬP HỌC CHƯƠNG TRÌNH HEAD START
(HEAD START ENROLLMENT APPLICATION)**

Tên họ con em (Child's Name) _____

Ngày sinh (Birth Date) _____

Chi tiết về gia đình (Family Information)		
Tên họ người cha/Giám hộ (Father/Guardian's Name)		Ngày sinh (Birth Date) / /
		Mối quan hệ với con em/(Relationship to Child)
Có sống với con em/Lives with the Child <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)		Tình trạng hôn nhân/Marital Status: <input type="checkbox"/> Đã kết hôn/Married <input type="checkbox"/> Độc thân/Single <input type="checkbox"/> Ly dị/Divorced <input type="checkbox"/> Ly thân/Separated <input type="checkbox"/> Góa bụa/Widowed
Số điện thoại chính/Primary Phone Number <input type="checkbox"/> Di động/Cell <input type="checkbox"/> Nhà/Home <input type="checkbox"/> Sờ/Work <input type="checkbox"/> Số khác/Other		Tình trạng việc làm/Employment Status <input type="checkbox"/> Có việc làm/Employed <input type="checkbox"/> Đi làm theo mùa/Seasonally Employed <input type="checkbox"/> Nghi hưu/Retired <input type="checkbox"/> Thất nghiệp/Unemployed <input type="checkbox"/> Đang tìm việc làm/Seeking Employment <input type="checkbox"/> Sinh viên/Student <input type="checkbox"/> Bị tàn tật/Disabled <input type="checkbox"/> Bị mất khả năng làm việc/Incapacitated Từ ngày _____ đến _____
Email của người cha hoặc giám hộ Father/Guardian's Email Address		Số điện thoại phụ Alternate Phone Number <input type="checkbox"/> Di động/Cell <input type="checkbox"/> Nhà/Home <input type="checkbox"/> Sờ/Work <input type="checkbox"/> Số khác/Other
Trình độ học vấn (Education) <input type="checkbox"/> Chưa xong Trung học (Less than High School) <input type="checkbox"/> Có bằng Trung học bằng Phổ thông (High School Grad or GED) <input type="checkbox"/> Chưa xong Đại học hoặc có bằng Cao Đẳng (Some College or AA/AS) <input type="checkbox"/> Có bằng Cử Nhân hoặc bằng cao hơn (Bachelor's or Advanced Degree)		

Liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình sống chung một hộ với quý vị mà quý vị có trách nhiệm phải chăm sóc và trợ cấp và CHƯA ĐƯỢC LIỆT KÊ Ở TRÊN: (List all other family members living in the household for whom you are responsible for the care and welfare of and ARE NOT LISTED ABOVE.)

Tên (First Name)	Họ (Last Name)	Ngày sinh (Birth Date)	Người này có liên hệ với phụ huynh của con em không? (Is this person related to the child's parent(s)?)	Người này có được trợ cấp bằng lợi tức của phụ huynh không? (Is this person supported by the parent's income?)
		/ /	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)
		/ /	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)	<input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)

Tổng cộng số người sống trong hộ (bao gồm quý vị) mà quý vị hỗ trợ về mặt tài chính.
(Total number of people living in the household (including you) for whom you provide financial support)

Số điện thoại của người liên lạc khi khẩn cấp (Emergency Contact Information.)		
Tên họ (Name)	Điện thoại (Phone)	Quan hệ (Relationship)
Tên họ (Name)	Điện thoại (Phone)	Quan hệ (Relationship)

Laserfiche / Child's Binder Enrollment Section

ĐƠN XIN NHẬP HỌC CHƯƠNG TRÌNH HEAD START
(HEAD START ENROLLMENT APPLICATION)

Tên họ con em (Child's Name) _____

Ngày sinh (Birth Date) _____

Nơi cư ngụ của Gia đình/Family Residency

Tạm thời đang ở tại một trong những nơi sau đây do chỗ ở không đầy đủ, bị khó khăn về tài chính, hoặc mất chỗ ở
Temporarily in one of the following due to inadequate housing, financial hardship, or loss of housing

Hoàn cảnh sinh sống của gia đình (Đánh dấu vào tất cả những mục có ứng dụng)/Family Living Situation (Check all that apply)

- | | |
|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nơi trú ẩn / Shelter | Tên chỗ trú: _____ |
| <input type="checkbox"/> Khách sạn - Motel/Hotel | Tên khách sạn: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nơi tạm trú / Transitional Housing | Tên nhà tạm trú: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nơi ở có phòng chiếc / Single Room Occupancy (SRO) | |
| <input type="checkbox"/> Xe, xe moóc, hoặc chỗ cắm trại / Car, Trailer, or Campsite | |
| <input type="checkbox"/> Ga ra cho thuê / Rented Garage | |
| <input type="checkbox"/> Xe moóc cho thuê, nhà xe tại đất tư nhân / Rented Trailer, Motor Home on Private Property | |
| <input type="checkbox"/> Con em đang sống với một người khác (Không phải là cha mẹ/người giám hộ) / With another adult (Not the parent/legal guardian) | |
| <input type="checkbox"/> Nhà/Chung cư của một gia đình khác / Another Family's House/Apartment | |
| <input type="checkbox"/> Không ứng dụng với các mục trên / None of the options apply | |
| <input type="checkbox"/> Nơi sống khác (Không phải dành cho người ở) / Other (Not designed for human beings) | |

Giải thích: _____

Tiêu chuẩn gia nhập chương trình/Eligibility

ME/GIÁM HỘ (Mother/Guardian)

Tên người mẹ/Mother's name	Có thu nhập không? Has income? C (Y) K (N)
----------------------------	---

Đánh dấu vào tất cả mục có ứng dụng/ Check all that apply

Quý vị có nhận/Do you receive:

Số tiền hàng tháng/
Monthly Amount

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiền trợ cấp an sinh SSI | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiền nuôi con/Child Support | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Các nguồn thu nhập khác/
Other sources of income | \$ _____ |

CHA/GIÁM HỘ (Father/Guardian)

Tên người cha/Father's name	Có thu nhập không? Has income? C (Y) K (N)
-----------------------------	---

Đánh dấu vào tất cả mục có ứng dụng/ Check all that apply

Quý vị có nhận/Do you receive:

Số tiền hàng tháng/
Monthly Amount

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiền trợ cấp an sinh SSI | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiền nuôi con/Child Support | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Các nguồn thu nhập khác/
Other sources of income | \$ _____ |

Chi tiết về Việc làm/Employment Information

Tên sớ/Employer Name	Số điện thoại của sớ/ Employer Phone
Tên sớ/Employer Name	Số điện thoại của sớ/Employer Phone

Chu kỳ lãnh lương/Pay periods

- Mỗi tuần (Weekly) Mỗi 2 tuần (Every 2 Weeks)
 2 lần mỗi tháng (Twice Per Month) Mỗi tháng (Monthly)

Tổng số lợi tức (Gross Income) \$ _____ Mỗi _____

Chi tiết về việc học/huấn nghệ – School/Training Information

Quý vị đang có đi học hay được huấn nghệ không? Are you in school or training? Có (Yes) Không (No)

Số unit của khóa học/School units: _____

Tên trường/School Name	Số điện thoại trường/School Phone
------------------------	-----------------------------------

Chi tiết về Việc làm/Employment Information

Tên sớ/Employer Name	Số điện thoại của sớ/ Employer Phone
Tên sớ/Employer Name	Số điện thoại của sớ/Employer Phone

Chu kỳ lãnh lương/Pay periods

- Mỗi tuần (Weekly) Mỗi 2 tuần (Every 2 Weeks)
 2 lần mỗi tháng (Twice Per Month) Mỗi tháng (Monthly)

Tổng số lợi tức (Gross Income) \$ _____ Mỗi _____

Chi tiết về việc học/huấn nghệ – School/Training Information

Quý vị đang có đi học hay được huấn nghệ không? Are you in school or training? Có (Yes) Không (No)

Số units của khóa học/School units: _____

Tên trường/School Name	Số điện thoại trường/School Phone
------------------------	-----------------------------------

Laserfiche Only

**ĐƠN XIN NHẬP HỌC CHƯƠNG TRÌNH HEAD START
(HEAD START ENROLLMENT APPLICATION)**

Tên họ con em (Child's Name) _____

Ngày sinh (Birth Date) _____

Tôi xin xác nhận rằng những chi tiết trên đơn xin nhập học này là sự thật và được hoàn tất với tất cả sự hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi khai báo các chi tiết không đúng, đơn có thể bị bác bỏ hay bị loại ra khỏi dịch vụ giữ trẻ. Tôi sẽ báo cho cơ quan biết ngay nếu có sự thay đổi về mặt lợi tức, số người trong gia đình, nơi trú ngụ, việc làm, hoặc lý do cần dịch vụ giữ trẻ.

(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.)

Phụ huynh/Giám hộ ký tên: _____
(Parent/Guardian Signature)

Ngày: _____
(Date)

Laserfiche Only

Tên họ con em (Child's Name) _____

Ngày sinh (Birth Date) _____

CHI TIẾT BỆNH SỬ HEALTH HISTORY INFORMATION				
Tên họ Bác sĩ (Doctor's Name) {Văn phòng Y khoa (Medical Home)}	Điện thoại (Phone) ()	Địa chỉ (Address)	Thành phố (City)	Zip
Tên họ Nha sĩ (Dentist's Name) {(Văn phòng Nha khoa (Dental Home)}	Điện thoại (Phone) ()	Địa chỉ (Address)	Thành phố (City)	Zip
Bảo hiểm Y tế (Health Coverage): <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Medicaid <input type="checkbox"/> Chương trình California Healthy Kids <input type="checkbox"/> Bảo hiểm tư (Private) <input type="checkbox"/> Bảo hiểm khác (Other) _____				
Bảo hiểm Nha Khoa (Dental Coverage): <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Medicaid <input type="checkbox"/> Chương trình California Healthy Kids <input type="checkbox"/> Bảo hiểm tư (Private) <input type="checkbox"/> Bảo hiểm khác (Other) _____				
Quý vị có tiếp nhận dịch vụ từ chương trình WIC không? (Are you receiving services from WIC?): <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)		Quý vị có bảo hiểm y tế cho bản thân/gia đình không? (Do you have health insurance for yourself/family?) <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không (No)		

CHUNG NGỪA (IMMUNIZATIONS)

Trước khi con em được xếp vào danh sách của lớp học, một bản sao của tờ chủng ngừa mới nhất của con em phải được nhận bởi chương trình chiếu theo yêu cầu của Chủng ngừa của Tiểu bang California. Tất cả các mũi chích phải được ghi lại ngày đã chích và có chữ ký hoặc dấu chứng nhận bởi y sĩ. Nếu con em quý vị chưa có hồ sơ chủng ngừa hoặc chưa chích tất cả các mũi ngừa cần thiết, hãy gọi cho bác sĩ sớm để có lấy hồ sơ hoặc làm hẹn để con em nhận các mũi chủng ngừa này.

(Before your child is placed on a class list, a copy of your child's current immunizations must be received by 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.)

YÊU CẦU KHÁM SỨC KHỎE (KHÁM TỔNG QUÁT) {(REQUIRED HEALTH ASSESSMENT (PHYSICAL EXAM))}

Con em bắt buộc phải được khám sức khỏe (khám tổng quát) bởi bác sĩ. Cuộc khám tổng quát này phải gồm có việc kiểm nghiệm huyết cầu tố/tế bào máu (thử máu) lúc 12 tháng tuổi hoặc lớn hơn nếu có nguy cơ, khám thị giác và thính giác, chiều cao và trọng lượng, thử lao và/hoặc khám nghiệm nếu có nguy cơ bị bệnh, đánh giá/thử máu nghiệm chất chì. Nếu quý vị không có bản sao của kỳ khám tổng quát mới nhất của con em, quý vị sẽ phải mang con em đến bác sĩ trong vòng 30 ngày kể từ ngày khai giảng để được khám. Tốt nhất là nên khám trước khi con em được xếp vào danh sách lớp học. (Xem tờ Khám Sức Khỏe Con Em có được đính kèm).

{(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)}

Bản sao của giấy khám sức khỏe mới nhất có trong tập đơn này không? (Is a copy of a current Physical Exam included with application?)

Có (Yes) Không (No) Ngày khám tổng quát lần cuối của con em (Date of child's last physical exam) _____

YÊU CẦU KHÁM NHA KHOA (CHO TRẺ EM TUỔI TỪ 1 ĐẾN 5) {(REQUIRED DENTAL EXAM FOR CHILDREN AGES " 1 - 5 YEARS OLD)}

Con em bắt buộc phải được khám nha khoa bắt đầu lúc 12 tháng tuổi. Nếu quý vị không có bản sao của tờ khám nha khoa mới nhất của con em, chương trình sẽ yêu cầu quý vị đưa con em đi gặp nha sĩ trong vòng 90 ngày kể từ ngày khai giảng để được khám. Tốt nhất là nên khám trước khi con em được xếp vào danh sách lớp học. (Xem tờ Khám Nha Khoa được đính kèm).

(A dental exam by a dentist is required. 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).

Bản sao của giấy khám nha khoa mới nhất có trong tập đơn này không? (Is a copy of a current Dental Exam included with application?)

Có (Yes) Không (No) Ngày khám nha khoa lần cuối của con em (Date of child's last dental visit) _____

**ĐƠN XIN NHẬP HỌC CHƯƠNG TRÌNH HEAD START
(HEAD START ENROLLMENT APPLICATION)**

Tên họ con em (Child's Name) _____

Ngày sanh (Birth Date) _____

THUỐC (MEDICATIONS)

LIỆT KÊ TẤT CẢ CÁC LOẠI THUỐC CÓ TOA VÀ KHÔNG TOA MÀ CON QUÝ VỊ UỐNG THƯỜNG XUYỄN (LIST ALL MEDICINES, PRESCRIPTIVE AND NON-PRESCRIPTIVE, THAT YOUR CHILD TAKES REGULARLY):

Con quý vị có cần uống thuốc ở trường không? (Will your child need to have medication at school?) Có (Yes) Không (No)

Con quý vị sẽ không được uống thuốc ở trường nếu không có giấy báo của bác sĩ và bản Kế hoạch Y tế trong Lớp học được viết bởi phụ huynh và nhân viên chương trình.

CÁC DỊ ỨNG VÀ ĂN UỐNG ĐẶC BIỆT (ALLERGIES AND SPECIAL DIETS)

**KHOANH TRÒN
(CIRCLE ONE)**

LIỆT KÊ TẤT CẢ CÁC CHỨNG DỊ ỨNG (DỊ ỨNG VỚI THỨC ĂN HOẶC VỚI CÁC CHẤT TỎ KHÁC)

LIST ALL ALLERGIES (FOOD OR OTHER):

Có (Yes)

Con em quý vị có bao giờ uống thuốc kê toa điều trị chứng dị ứng không? (Has your child been prescribed medication for an allergic reaction?)

Không (No)

Liệt kê chế độ ăn uống đặc biệt cần được tuân theo vì sở thích văn hóa hoặc vì các lý do tôn giáo hoặc y tế (xin cho biết chế độ này bao gồm các thực phẩm cụ thể nào) [(List special diets to accommodate for cultural preference or for religious or medical reasons (indicate what specific foods are included))]:

Bản Kế hoạch Dinh dưỡng trong Lớp học sẽ được soạn thảo với phụ huynh và nhân viên Head Start để đề cập mọi chứng dị ứng và các chế độ ăn uống đặc biệt.

DINH DƯỠNG (NUTRITION)

Con em quý vị có từng trải qua bất kỳ các triệu chứng này sau khi ăn không? (Does your child experience any of the following symptoms after eating: Có (Yes) Không (No) Tiêu chảy (Diarrhea) Ngứa (Itching) Ói mửa (Vomiting) Khó nuốt (Difficulty Swallowing)

Con em có ăn bất kỳ các thứ sau đây không? (Does your child eat any of the following?)

Có (Yes) Không (No)

Đất (Dirt)

Đất sét (Clay)

Mảnh sơn vụn
(Paint Chips)

Nước đá cục
(Ice Chips)

Nước đóng
băng trong tủ
lạnh
(Refrigerator Frost)

Bột giặt
(Laundry
Starch)

Bột bắp
(Cornstarch)

Hồ dán (School
Paste)

Viết chì (Pencils)

Nếu có, xin khoanh tròn phần thích hợp

NHU CẦU SỨC KHỎE ĐẶC BIỆT / BỆNH KINH NIÊN (SPECIAL HEALTH NEEDS / CHRONIC ILLNESS)

KHOANH TRÒN (CIRCLE ONE)

Bệnh suyễn (Asthma)

Có (Yes) Không (No)

Bệnh thiếu máu (Anemia)

Có (Yes) Không (No)

Bệnh tiểu đường (Diabetes)

Có (Yes) Không (No)

Bệnh giật kinh phong (Seizures)

Có (Yes) Không (No)

Nhu cầu về mặt sơ cứu nhi khoa (Pediatric First Aid Needs)

Có (Yes) Không (No)

Các nhu cầu y tế đặc biệt khác – xin giải thích (Other Special Health Needs – please explain):

Có (Yes) Không (No)

QUÁ TRÌNH SINH SẢN (BIRTH HISTORY)

Con em có bị sinh sớm không? (Premature?)

Có (Yes) Không (No)

Con em có bị hít phải khói thuốc lá không? (Was your child exposed to smoke?)

Có (Yes) Không (No)

Khi trong bệnh viện, sức khỏe con em có bị biến chứng gì không? (While in the hospital, did your child experience any health complications?) Có (Yes) Không (No)

TAI VÀ MẮT (EARS AND EYES)

Quý vị có thắc mắc gì về thính giác của con em không? (Do you have any concerns about your child's hearing?)

Có (Yes) Không (No)

Quý vị có thắc mắc gì về thị giác của con em không? (Do you have any concerns about your child's vision?)

Có (Yes) Không (No)

Có dùng máy trợ thính không? (Use a hearing device?)

Có (Yes) Không (No)

Con em có bao giờ đeo mắt kính không? (Has your child ever worn glasses?)

Có (Yes) Không (No)

Nếu trả lời có với bất kỳ câu hỏi nào, xin giải thích (If yes, to any of the above, please explain):

LAI LỊCH GIA ĐÌNH (FAMILY HISTORY)

Tình trạng sức khỏe của người mẹ (Mother's Health Status)
 Tốt (Good) Thường (Fair) Kém (Poor)

Tình trạng sức khỏe của người cha (Father's Health Status):
 Tốt (Good) Thường (Fair) Kém (Poor)

Trong khi mang thai, người mẹ có uống rượu làm ảnh hưởng đến sự phát triển của con em không? (While pregnant did the mother drink alcoholic beverages that affected the development of the child?) Có (Yes) Không (No)

Trong khi mang thai người mẹ có dùng bất kỳ chất ma túy nào làm ảnh hưởng đến sự phát triển của con em không? (While pregnant did the mother take any drugs that affected the development of the child?) Có (Yes) Không (No)

Nếu trả lời có với bất kỳ câu hỏi nào, xin giải thích (If yes, to any of the above, please explain):

Con em quý vị có bị tiếp xúc với khói thuốc lá không? (Is your child exposed to second hand smoke?) Có (Yes) Không (No)

**ĐƠN XIN NHẬP HỌC CHƯƠNG TRÌNH HEAD START
(HEAD START ENROLLMENT APPLICATION)**

Tên họ con em (Child's Name) _____

Ngày sinh (Birth Date) _____

PHÁT TRIỂN VỀ MẶT TÌNH CẢM-XÃ HỘI (SOCIAL – EMOTIONAL DEVELOPMENT)

Con em có (Does child have)		Con em có (Does child have)	
Vấn đề khi chơi chung với các trẻ em khác cùng lứa tuổi không? (Problems getting along with other children the same age?)	Có (Yes) Không (No)	Tánh khí xung đột không? (Aggressive behavior?)	Có (Yes) Không (No)
Vấn đề khi chung đụng với các thành viên khác trong gia đình không? (Problems getting along with other family members?)	Có (Yes) Không (No)	Mắc cỡ trầm trọng không? (Extreme shyness?)	Có (Yes) Không (No)
Vấn đề khi ngủ không? (Problems sleeping?)	Có (Yes) Không (No)	Có vấn đề khi rời xa cha mẹ/giám hộ không? (Problems separating from parent/guardian?)	Có (Yes) Không (No)
Thường giận dữ không? (Temper tantrums?)	Có (Yes) Không (No)	Các mối quan ngại khác mà quý vị có về tánh tình của con quý vị (Other concerns you may have about your child's behavior):	
Sợ hãi trầm trọng không? (Severe fears?)	Có (Yes) Không (No)		
Hiện có tiếp nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần không? (Currently receiving mental health services?)	Có (Yes) Không (No)	Nếu có, tên của cơ quan (If yes, agency name):	
KHUYẾT TẬT (DISABILITIES)		KHOANH TRÒN (CIRCLE ONE)	
Con quý vị có trong Chương trình Giáo dục Cá biệt (IEP) của sở học chánh tại địa phương quý vị đang cư trú hoặc trong chương trình tại Ty Giáo dục của Hạt không? Nếu có, xin đính kèm bản sao của chương trình IEP gần đây nhất (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).		Có (Yes)	Không (No)
Con quý vị có bản Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá biệt (IFSP) với một chương trình ngăn chặn sớm, trung tâm khu vực, Ty Giáo dục của Hạt, hoặc sở học chánh không? Nếu có, xin đính kèm bản sao của IFSP gần đây nhất. (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).		Có (Yes)	Không (No)
Các chi tiết bổ sung về sự khuyết tật của con em hoặc mối lo ngại nào quý vị có về sự phát triển của con em. Xin giải thích nếu quý vị đã khoanh tròn từ Có (Yes) ở bên trên (Additional information about your child's disability or other developmental concerns. Please explain if yes circled above):			

PHỤ HUYNH CHẤP THUẬN CÁC DỊCH VỤ CỦA CHƯƠNG TRÌNH (PARENT AUTHORIZATION FOR PROGRAM SERVICES)

Tôi hiểu rằng Head Start là một chương trình tổng hợp chu cấp nhiều dịch vụ để hỗ trợ con tôi và gia đình tôi. Quan sát lớp học và kiểm tra khám là một phần của chương trình, nhằm cho nhân viên lập kế hoạch cho sự phát triển cá nhân của con tôi. Tôi hiểu rằng nhân viên Head Start sẽ báo cho tôi biết khi mỗi dịch vụ được hoàn tất, và sẽ chu cấp cho tôi các kết quả của các thủ tục và dịch vụ mà con tôi đã nhận được. Tôi cho phép nhân viên Head Start hoàn tất những việc sau đây với con tôi: Có (Yes) Không (No)

(I understand that Head Start 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. I give permission for Head Start staff to complete the following with my child)

- Khám Nha khoa (Dental Screening)
- Khám thị giác & thính giác (Vision & Hearing Screenings)
- Huyết áp (Blood Pressure)
- Đo chiều cao và trọng lượng (Height & Weight)
- Đánh giá mặt dinh dưỡng (Nutritional Assessment)
- Kiểm tra về cảm xúc xã hội/ Cố vấn về sức khỏe hành vi (Social Emotional Screening/ Behavioral Health Consultation)
- Kiểm tra sự phát triển/ các dịch vụ phát triển khác (Developmental Screenings/ Other Services)

Phụ huynh/Giám hộ ký tên (Parent/Guardian's Signature) _____

Ngày (Date) _____

Nhân viên Bảo hộ Gia đình ký tên (Family Advocate's Signature) _____

Ngày (Date) _____

Reviewed with parent/guardian of returning children _____

Date _____

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

Giấy Ủy Quyền Cung Cấp và Trao Đổi Tài Liệu
HOÀN TẤT VÀ GỬI ĐƠN LẠI

Child's Name _____ **Birth Date** _____
Tên họ con em Ngày sinh

Parent/Guardian's Name _____
Tên họ phụ huynh/giám hộ

Tôi, qua giấy này, cho phép việc cung cấp và trao đổi các tài liệu với Chương trình Head Start thuộc Cơ sở Dịch vụ dạy dỗ Mầm non của Ty Giáo dục Hạt Santa Clara: (I hereby authorize the release or record and exchange of information to Santa Clara County Office of Education, Early Learning Services Department - Head Start Program:)

Tên họ Nhân viên/Employee Name: _____

Giấy khám tổng quát, hồ sơ chích ngừa (bao gồm Thử Lao TB), giấy khám nha khoa và kế hoạch chữa trị, tất cả mọi báo cáo thẩm định và chẩn đoán liên quan đến sức khỏe và sự phát triển của con tôi, và Chương trình Giáo dục Cá nhân (IEP), và/hoặc Kế hoạch phục vụ cá thể Gia đình (IFSP) từ các sở học chánh, trung tâm khu vực, hoặc các cơ quan khác. (Liệt kê dưới đây)
[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

Mọi việc cung cấp tài liệu về con tôi sẽ được thực hiện theo biện pháp bảo vệ được ghi trong Điều khoản của Bộ luật Điều hành của Chính phủ Liên bang và Tiểu bang: Đạo luật Bảo hiểm Sức khỏe và Sự Tư ẩn, (HIPAA), 2003; Đạo luật Quyền Giáo dục của Gia đình và Sự Tư ẩn, (FERPA), 2009; Đạo luật cải thiện Giáo dục cho Cá nhân bị tàn tật, (IDEA), 2004; và Quy chế hành sự của Head Start (1301, 1304, 1305, và 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)].

Tôi hiểu rằng các chi tiết này hoàn toàn được bảo mật và sẽ được dùng để cung cấp các dịch vụ cần thiết và để báo cáo thống kê về kết quả khám nghiệm. Sự cho phép này sẽ có hiệu lực trong một năm kể từ ngày ký tên. (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 date it is signed).

Parent/Guardian's Signature
(Phụ huynh/Giám hộ ký tên)

Date
(Ngày)

Authorization to Share Records
COMPLETE AND RETURN THIS FORM

Giấy Ủy Quyền Phân Phối Hồ Sơ
XIN HOÀN TẤT VÀ GỬI LẠI GIẤY NÀY

Tên họ con em _____
(Child's Name)

Ngày sinh _____
(Birth Date)

Tên họ phụ huynh/giám hộ _____
(Parent/Guardian's Name)

Ty Giáo dục Hạt Santa Clara, Chương trình Head Start đã hợp tác với các cơ quan giữ trẻ khác để có thể cung cấp các dịch vụ giữ trẻ và dịch vụ gia đình có chất lượng cho một số trẻ em và gia đình. Nếu quý vị cho phép chúng tôi chia sẻ đơn xin nhập học và các tài liệu thích đáng về quý vị với các cơ quan hợp tác, chúng tôi sẽ có thể tìm được chỗ học cho con quý vị sớm hơn.

Nếu quý vị cho phép sự phân phối tài liệu này, một trong những cơ quan giữ trẻ hợp tác với chúng tôi có thể sẽ liên lạc với quý vị về những cơ hội nhập học vào chương trình của họ.

Các Cơ Quan Hợp Tác Giữ Trẻ Với Chương Trình Head Start SCCOE:

- Chương trình Phát triển Trẻ em thuộc Học khu Trung học East Side Union (Early Head Start)
- Chương trình Kidango.
- Học Khu Mountain View Whisman
- SJB CDC
- Các Chương trình Vườn trẻ Tiểu bang
- Chương trình Young Families của Học khu San Jose Unified (Early Head Start)
- Đoàn thể Hội đồng Nhà trẻ cho cộng đồng của Hạt Santa Clara (4C'S - Early Head Start)

Mọi việc cung cấp tài liệu về con tôi sẽ được thực hiện theo biện pháp bảo vệ được ghi trong Điều khoản của Bộ luật Điều hành của Chính phủ Liên bang và Tiểu bang: Đạo luật Bảo hiểm Sức khỏe và Sự Tư ẩn, (HIPAA), 2003; Đạo luật Quyền Giáo dục của Gia đình và Sự Tư ẩn, (FERPA), 2009; Đạo luật cải thiện Giáo dục cho Cá nhân bị tàn tật, (IDEA), 2004; và Quy chế hành sự của Head Start (1301, 1304, 1305, và 1308).

- Vâng, tôi cho phép công bố đơn xin nhập học và gửi các chi tiết thích hợp của con tôi đến các cơ quan hợp tác giữ trẻ để tiến hành việc con tôi nhập học chương trình vườn trẻ.
- Không, tôi không cho phép công bố đơn xin nhập học và gửi các chi tiết thích hợp của con tôi đến các cơ quan hợp tác giữ trẻ.

Parent/Guardian's Signature
Phụ huynh/Giám hộ ký tên

Date
Ngày

Dental Examination

Child's Name _____

Birth Date _____

Center Name _____

Entry Date _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION / AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN / CHO PHÉP CUNG CẤP TÀI LIỆU

I authorize release of dental information contained in this report to the Head Start Program
Yo autorizo a que la información dental que aparece en este reporte sea revelada al Programa Head Start
Tôi cho phép văn phòng nha khoa cung cấp tài liệu viết trong bản báo cáo này cho Chương trình Head Start.

Parent/Guardian's Signature / Firma Del Padre-Tutor / Phụ huynh/Giám hộ ký tên

Date / Fecha / Ngày

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)** _____

**CÁC VĂN PHÒNG NHA KHOA 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 Felibe 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	

Con quý vị có thể được khám nha khoa miễn phí.

Xin hãy gọi số điện thoại dưới đây để biết thêm chi tiết về các chương trình bảo hiểm sức khỏe nhi đồng miễn phí hoặc giá thấp:

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	Birth Date		
			M F	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 GIÁM HỘ KỶ 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>				✓ No Problem Suspected	✓ 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 <i>(Please check box)</i>		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</u> <u>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 <i>(Please check box)</i>				
<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 <i>(Please check box)</i>				
* 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 <i>(Include name, address, and telephone number)</i>				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.*

CÁC CƠ SỞ Y TẾ NHI ĐỒNG
PEDIATRIC PRIMARY CARE PROVIDERS

Valley Health Center Bascom

750 South Bascom Avenue
San Jose, CA 95128
1 (888) 334-1000

Valley Health Center Tully

500 Tully Road
San Jose, CA 95111
1 (888) 334-1000

Valley Health Center East Valley

1993 McKee Road
San Jose, CA 95116
1 (888) 334-1000

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

Con quý vị có thể được khám sức khỏe miễn phí.

Xin hãy gọi số điện thoại dưới đây để biết thêm chi tiết về các chương trình bảo hiểm sức khỏe nhi đồng miễn phí hoặc giá thấp:

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