

Client Intake Form

Shaded Areas for Official Use Only

Esta forma debe de ser completada y firmada.
Asegurese que los dos lados esten completados
o la aplicacion no se ra procesada.

Agency Location:

Intake Staff:

Intake Date:

Nombre del Niño	Inicial Mediano	Apellido	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento (DOB)
Dirección del Hogar	Unidad #	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección Postal (si es diferente a la anterior)	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal	
Número de Teléfono	Número de Teléfono Alternativo	Email	Número total de personas que viven en el hogar, incluyéndose usted.		

Los Miebros de la Familia (Padres y Niños menores de 18 años.)	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco con el Solicitante	Étnico: Negro/no Hispano, Blanco/no Hispano, Hispano/Latino, Hawaiano/ Isleño del Pacífico, Americano Nativo o de Alaska, Asiático, otro, Multiétnico	Educación: Grado 0-8, 9-12, Graduado de la Escuela Preparatoria, 12 o Algunos Estudios, Título Universitario	Otras Características: Discapacitado, Tiene Seguro Medico, Agricultor, Trabajado Extranjero o Trabajador Agrícola, Veterano
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

Información del Hogar		Fuentes de ingresos de las personas que viven en el hogar												
Mode de transporte a la escuela: A. ☐ Carro B. ☐ Camina/o en bicicleta C. ☐ Camionsito D. ☐ Su familia lo lleva	Usted renta o es dueño de su casa? Renta _____ Dueño _____ Otro _____	Escriba el total ingreso mensual, en bruto, de todas personas que viven en su casa. CASHAID/ TANF \$ _____ SSI/SSP \$ _____ Seguro social \$ _____ Pensión \$ _____ Asistencia general \$ _____ Desempleado \$ _____ Beneficios veteranos \$ _____ Manutencion del hijo \$ _____ 1 - Sueldo \$ _____ 2 - Sueldo \$ _____ 3 - Sueldo \$ _____ 4 - Sueldo \$ _____ OTROS \$ _____ Total de mensual \$ _____ Annual Income \$ _____ Percentage of Poverty Level _____ %												
Tipo de Familia (marque solo una alternativa) A. ☐ Madre Soltero B. ☐ Padre Soltero C. ☐ Hogar con do Padres D. ☐ Persona Soltera E. ☐ Dos Adultos- ningún niño F. ☐ Padres menores de 20 años G. ☐ Padre soltero/a menor de 20 años H. ☐ Otro Familia acogida o tutela														
En cual Centro preschool vive mas cerca? A. ☐ Lone Pine B. ☐ Clarke Street C. ☐ Little Promises D. ☐ Mammoth E. ☐ Lee Vining F. ☐ Coleville	Niveles de educacion para adultos: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Adulto 1</th> <th>Adulto 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-8</td> <td>0-8</td> </tr> <tr> <td>9-12/No Graduado</td> <td>9-12/No Graduado</td> </tr> <tr> <td>Graduado de la secundaria/GED</td> <td>Graduado de la secundaria/GED</td> </tr> <tr> <td>12+ Algo de post-secundaria</td> <td>12+ Algo de post-secundaria</td> </tr> <tr> <td>2 o 4 anos de colegio graduados</td> <td>2 o 4 anos de colegio graduados</td> </tr> </tbody> </table>		Adulto 1	Adulto 2	0-8	0-8	9-12/No Graduado	9-12/No Graduado	Graduado de la secundaria/GED	Graduado de la secundaria/GED	12+ Algo de post-secundaria	12+ Algo de post-secundaria	2 o 4 anos de colegio graduados	2 o 4 anos de colegio graduados
Adulto 1	Adulto 2													
0-8	0-8													
9-12/No Graduado	9-12/No Graduado													
Graduado de la secundaria/GED	Graduado de la secundaria/GED													
12+ Algo de post-secundaria	12+ Algo de post-secundaria													
2 o 4 anos de colegio graduados	2 o 4 anos de colegio graduados													

Declaración de solicitante: La información en este solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir ayuda por programas de **MCCE**. Asimismo estoy entendido que **MCCE** no discrimina en el provisión de servicios en base a la raza, color, o nacionalidad, incapacitado por salud, edad, o sexo. Yo certifico que la información que yo he dado es correcta y no ha sido dada con la intención de defraudar, teniendo por entendido que cualquier deliberada falsificación de la misma ocasionara mi inmediata cancelación de cualquier programa de **MCCE**. Asimismo es de mi conocimiento, que la información relacionada a la determinación de mi elegibilidad requiere verificación y/o documentación, y que con mi firma estoy autorizando a quien corresponda sea agencias, grupo de personas o individuos a dar cualquier información que fuere necesaria.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del testigo (si sea necesario)

Nombre del Niño/a: _____

¿Como supo de MCOE/State Preschool?

☐ Radio ☐ Periódico☐ El hermano/ La hermana que asistió (Nombre / Fecha de nacimiento): _____

¿A qué año asistió? _____

☐ Otro: _____☐1. ¿Tiene su hijo(a) un IFSP ó IEP o recibe servicios (terapia de lenguaje, trabajo con GSA)? **No** ☐ **Si**, ☐ por favor explique abajo: _____*Si su hijo tiene un IFSP o IEP o trabaja con un terapeuta, tendremos la necesidad de una copia del IFSP / IEP / carta de remisión.*2. ¿Su niño(a) tiene alguna condición crónica, como el asma que requiere seguimiento? ☐ **NO** ☐ **SI** por favor explique abajo: _____*Si su hijo tiene una enfermedad crónica, como asma, necesitaremos explicación/diagnóstico de un médico firmado antes de comenzar la escuela.*3. ¿Su niño(a) tiene alguna alergia (alimentos, medicamentos, que inhaló, contacto de piel, insectos)? ☐ **No** ☐ **Si** por favor explique abajo: _____4. Están actualizadas las vacunas de su hijo? ☐ No ☐ SiSi no, su hijo(a) esta en una lista para ponerse al corriente? ☐ Si ☐ No

Si no explique _____

*Si su hijo tiene una alergia, necesitaremos explicación / diagnóstico de un médico firmado antes de comenzar la escuela.***MCOE/SP requiere que si su hijo(a) es aceptado(a) en nuestro programa, su hijo(a) debe tener un fisco y inmunizaciones completas y al corriente antes del primer día de clases. Si necesita ayuda para encontrar un seguro de salud, Iniciales aqui.** _____

¿Su hijo(a) tiene seguro de salud?

☐ Nada☐ Medi-Cal☐ Healthy Families☐ Otro: _____

ID# _____

Nombre del Médico: _____

Ciudad / Estado _____

Fecha de último examen físico: _____

¿Su hijo(a) tiene seguro dental?

☐ Nada☐ Medi-Cal☐ Healthy Families☐ Otro: _____

ID# _____

Nombre del Dentista: _____

Ciudad / Estado _____

Fecha de último examen dental: _____

¿Recibe cualquiera de los siguientes servicios? Si sí a cualquiera de éstos, por favor, adjunte la documentación de estos servicios

Estampillas de comida	Cash Aid/ CalWORKS/ TANF	Manutencion/ Child Support	Desempleo/ Worker's Comp	Beneficios de sobreviviente	SSI Disability
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
# de caso: _____	Asistente Social: _____	Condado: _____			

☐ WIC Si recibe WIC, escriba su número de WIC: _____

¿Qué idiomas se hablan en casa?

English ☐ Spanish ☐ Other: ☐ _____

¿Qué idioma prefiere ser contactado por escrito?

English ☐ Spanish ☐ Other: ☐ _____

¿Que lenguaje prefiere ser contactado por _____

MCOE State Preschool☐ Ingles ☐ Espanol ☐ Otro

Jefe de unidad familiar (hogar)

Padre 1 Nombre: _____

Número de Teléfono: _____

¿Dónde trabajas? _____

Número de Trabajo: _____

Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Estacional ☐ Desempleo ☐ Autónomo ☐ Estoy en la escuela en: _____

Si usted está desempleado o autónomo, por favor firme la encuesta de ingresos y gastos. _____

¿Que tanto habla Inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ En Absolute¿Que tanto lee Inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ En Absolute¿Que tanto escribe Inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ En Absolute

Padre 2 Nombre: _____

Número de Teléfono: _____

¿Dónde trabajas? _____

Número de Trabajo: _____

Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Estacional ☐ Desempleo ☐ Autónomo ☐ Asistir a la escuela en: _____

Si usted está desempleado o autónomo, por favor firme la encuesta de ingresos y gastos. _____

¿Que tanto habla Inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ En Absolute¿Que tanto lee Inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ En Absolute¿Que tanto escribe Inglés? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ En Absolute

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE CALIFORNIA
Form CD 9600A, (Rev. 01/04)

**Recopilación de datos acerca del cuidado infantil
Aviso de privacidad y formulario de consentimiento**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (conocido en inglés como HHS) está recopilando información sobre las familias que reciben asistencia para el cuidado infantil. Esta información se comunicará al Departamento de Educación de California (conocido en inglés como CDE) y luego al HHS. Dicha información se usará para investigar cuál es el estado del cuidado infantil en los Estados Unidos y brindará datos valiosos a todas aquellas personas que estén desarrollando programas y políticas sobre el cuidado infantil a nivel estatal, local y nacional.

Cada dos años, se hará un resumen de toda la información que el HHS reciba sobre su familia y otras familias y luego se enviará al Congreso. Ninguna persona o familia será identificada individualmente en los informes que se presenten al Congreso, la Legislatura, otras agencias del gobierno o al público.

Para garantizar que los niños y las familias que reciben servicios de cuidado infantil sean contados sólo una vez, el HHS y el CDE solicitan el número de Seguro Social del jefe o jefa de familia que recibe la asistencia. Aunque no desee proporcionar su número de Seguro Social para este fin, podrá seguir recibiendo asistencia para el cuidado infantil. Los números de Seguro Social ayudarán al CDE a cumplir con los requisitos de informe del HHS y con las exigencias del estado con respecto a las estadísticas del programa. La autorización para solicitar su número de Seguro Social para este fin se encuentra descrita en la Sección 98.71(a)(13) del *Título 45 del Código de Regulaciones Federales*, en la Sección 8261.5 del Código de Educación y en la Sección 18070 del *Título 5 del Código de Regulaciones de California*. Su decisión con respecto a indicar su número de Seguro Social es voluntaria.

He sido informado sobre cómo se usará mi número de Seguro Social.
Entiendo que aunque no quiera proporcionar mi número, podré seguir
recibiendo asistencia para el cuidado infantil.

☐ Sí, pueden utilizar mi número de Seguro Social: _____-_____-_____

☐ NO, no deseo dar mi número de Seguro Social para este fin.

Firma del jefe o jefa de familia

Fecha

Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta

DECLARACIÓN DE MIEMBROS EN LA FAMILIA

Nombre del niño que está solicitando los servicios de: _____

☐

Número de Personas en Su Familia

- Adultos, niños biológicos, hijastros, o hijos adoptados en donde el niño esta viviendo.
- Niños que no viven con sus padres biológicos o padres adoptivos se cuenta como familia

Por favor marque todo lo que aplique:

- _____ Padre soltero viviendo con mi/s hijo/os (Completar la autocertificación del estado de monoparental).
- _____ Somos padre y madre viviendo con nuestro/s hijo/s.
- _____ Soy padre de adoptivo. (Proporcionar la documentación)
- _____ Soy un adulto viviendo con el niño/s que no es el padre de uno. Relación con el niño: _____

Lista de nombres y fechas de nacimiento de todos los niños menores de 18 años que viven en el hogar:

(Incluir al niño antes mencionados)

Usted está obligado a proporcionar MCOE con las copias de las actas de nacimiento de todos los niños en la familia.

Niño 1 Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Niño 2 Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Niño 3 Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Niño 4 Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Niño 5 Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Niño 6 Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____

Entiendo que MCOE Preescolar - tiene el derecho de verificar la información que aquí se presenta con el propósito de determinar la elegibilidad para los servicios preescolares.

Al firmar este documento, yo estoy declarando bajo pena de perjurio y las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadera y correcta. Entiendo que si la información anterior se encuentra que es falsa o la retención, la matrícula de mi hijo en el inicio MCOE la cabeza y el Preescola: _____ está sujeto a la

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Para oficina solo:

I declare that I have validated documents proving this/these child(ren) are in the family size.

Documents Reviewed ☐ Birth Certificates ☐ Court Documents ☐ Other: _____

Staff Signature: _____ Date verified: _____

EMPLOYMENT VERIFICATION FORM (Verificación de Empleo)

INSTRUCTIONS: One form per parent per employment. Please sign/date the release, then MCOE will talk to your employer to have Section II completed. This form must be completed before determining eligibility for MCOE preschool services.

INSTRUCCIONES: Una de las formas por los padres por el empleo. Por favor, firme y fecha de la liberación, después consultar a su patrón para que la Sección II completado. Este formulario debe ser completado antes de determinar la elegibilidad para servicios MCOE preescolar.

Child's Name/Nombre de niño _____

I. PARENT RELEASE OF INFORMATION (Consentimiento de padres para obtener información)

I/ Yo, _____, authorize you, my supervisor, to provide MCOE with any and all information regarding my employment and pay, including exchanging paystubs or payroll history. Yo autorizo, a mi empleador/ supervisor, para proporcionar MCOE con la siguiente información con respecto a mi empleo.

Place of employment/ Lugar de empleo _____

Employer Phone Number/Empleo numero de telefono: () - _____

X _____

X _____

Parent Signature/ Firma de Padre

Date/ Fecha

II. THIS SECTION TO BE FILLED OUT BY EMPLOYER/ SUPERVISOR ONLY:

II. ESTA SECCIÓN SE PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR / SUPERVISOR SOLO:

MCOE / State Preschool may provide child care services for the parent listed above. In order to document eligibility, we are required to obtain the following (and possibly additional) information from the employer:

is to certify that: _____ started working: _____
(Employee) (Date Started)

is employed with: _____
(Company Name)

located at: _____
(Address, City, State, Zip Code)

Paid Rate Hourly \$ _____ / HR Salaried \$ _____ / Gross Month

Paid By: ☐ Cash ☐ Checks w/o stu ☐ Paychecks with paystul ☐ Tips ☐ Overtime

Payperiods Are ☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice Month ☐ Monthly

Work Schedule ☐ Actual ☐ Approximate ☐ Seasonal** ☐ Laid off**

**If seasonal or laid off, please provide last day worked:

	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
From:							
To:							

I certify that the above information is true and correct. I understand that MCOE has the right to obtain additional information or confirmation of employment, either written or verbal. This information will not be shared with any other entity except MCOE.

Signature of Employer/ Supervisor

Or

Print Supervisor's Name/Title

Date

Phone of Supervisor: _____

Extension: _____

FAX: _____

MCOE may call Supervisor to verbally verify employment status.

MCOE Preschool

Survey of Income and Expenses (ZERO INCOME DECLARATION)

You are being asked to complete this form because your family requested preschool assistance and it was reported that you have no proof of income. The State of California requires all adults (anyone 18 years and over) living in the household to report all sources of income. If an adult claims to have no proof of income, this form must be completed so we can understand how that person is meeting expenses.

Please complete the information below:

(One must be filled out for each person in the household 18 and over, if applicable)

PARENT'S NAME:	Phone 1:
MAILING ADDRESS:	Phone 2:

Section 1: Do you have sources of income that you need to report?

NO	YES	During the previous month, have you been employed part time? Where? Explain:										
NO	YES	During the previous month, have you been self-employed? Explain:										
NO	YES	During the previous month, did you receive any of the following: (write in how much you received)										
		<table border="1"> <tr> <th>Worker's Comp/ Unemployment</th> <th>CashAid/ TANF/ SSI</th> <th>Child Support</th> <th>Tribal Casino Pay</th> <th>Survivor Benefits</th> </tr> <tr> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> </tr> </table>	Worker's Comp/ Unemployment	CashAid/ TANF/ SSI	Child Support	Tribal Casino Pay	Survivor Benefits	\$	\$	\$	\$	\$
Worker's Comp/ Unemployment	CashAid/ TANF/ SSI	Child Support	Tribal Casino Pay	Survivor Benefits								
\$	\$	\$	\$	\$								

Section 2: Are you spending your savings or borrowing money to cover monthly expenses?

NO	YES	Did you use savings to cover expenses?	How much?
NO	YES	Did you borrow from credit cards?	How much?
NO	YES	Are you borrowing from some other source? What source?	How much?
NO	YES	Did you receive any gift money from someone to help you out?	How much?

Section 3: Please tell us how you paid these monthly expenses during the previous month(s):

EXPENSE	MONTHLY COST	HOW WAS THE EXPENSE PAID?	IF SOMEONE ELSE PAID THIS FOR YOU, PLEASE WRITE THEIR NAME, PHONE #, ADDRESS:
Rent or Mortgage	\$		
Utilities (Gas, Electric)	\$		
Food	\$		
NO	YES	Do you receive Food Stamps? If so, how much per month? \$	

Section 4: If none of the above applies to you, please explain how your monthly expenses were paid:

By signing this form, I affirm that these facts are accurate and true. I give the Service Provider my permission to verify this information. I may be held liable under federal or state law for knowingly making false or fraudulent statements.

Signature/ Date: _____

Office Notes:

Office Notes:

REPORTE DEL MÉDICO — GUARDERÍAS INFANTILES

(EVALUACIÓN MÉDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERÍA INFANTIL)

PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)

A _____, nacido en _____, se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar
(NOMBRE DEL NIÑO(A)) (FECHA DE NACIMIENTO)

en la _____. Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las _____ a.m./p.m.
(NOMBRE DE LA GUARDERÍA INFANTIL/ESCUELA)

a las _____ a.m./p.m., _____ días a la semana.

Por favor proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

(FECHA DE HOY)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing:

Allergies: medicine:

Vision:

Insect stings:

Developmental:

Food:

Language/Speech:

Asthma:

Dental:

Other (Include behavioral concerns):

Comments/Explanations:

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD:

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
(REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)					
HIB MENINGITIS (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- ☐ Risk factors not present; TB skin test not required.
- ☐ Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
____ Communicable TB disease not present.

I have ☐ have not ☐ reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____

Address: _____

Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____

Date This Form Completed: _____

Signature _____

☐ Physician ☐ Physician's Assistant ☐ Nurse Practitioner

MCOE

Preschool

HEALTH PHYSICAL CHECKLIST

Dear Parent(s) of: _____

Welcome to I **MCOE** State Preschool! We are glad your family could join us. As part of the pre-enrollment process, we require a complete, up-to-date Health Screening, Physical Assessment and Current Immunizations before attending preschool. Please give this packet to your child's doctor to fill out. Make sure the doctor completes **EVERYTHING ON THIS CHECKLIST** before you leave the clinic, or unfortunately, we will have to send you back to have it all completed.

- HGB/ HCT TEST
- Lead Test
- Blood Pressure
- Height and Weight
- Vision and Hearing Screen
- Oral health check (to determine if a dental referral is needed)
- TB test or waiver
- Physical Exam/ Assessment
- Dr needs to note if the child has a diagnosed allergy/ medical condition/ Rx

Must get a physical prior
to
the first day of school.

Please return this completed packet (plus additional doctor's notes if applicable) to the preschool or the Administration office at the address to the left. Thank you.

LISTA DE COMPROBACIÓN FÍSICA DE SALUD

Estimados padres de: _____

Bienvenidos a **MCOE** Preescolar del Estado! Estamos contentos de su familia podrían unirse a nosotros. Como parte del proceso de preinscripción, se requiere una completa y actualizada de la Salud de detección, evaluación física y vacunas al día antes de asistir a preescolar. Por favor, este paquete con el médico de su hijo a llenar. Asegúrese de que el médico completa **TODO EN ESTA LISTA** antes de salir de la clínica, o por desgracia, tendremos que enviarle de nuevo a tener todo terminado.

- Prueba de la sangre HGB/ HCT
- Prueba de la sangre para el plomo
- Prueba de presión arterial
- Altura Y Peso
- Visión y Oído
- Una revision de los dientes
- Prueba de la tuberculosis

Deben tener un físico
antes del primer día
de escuela.

- Examen físico/ Evaluación
- ~~Se requiere una nota del doctor si el niño se le diagnostica alergia o condición medica o~~
está tomando un medicamento recetado.

Por favor devuelva este paquete completo (así como las notas médicas adicionales si es necesario) que el preescolar o la oficina de administración en la dirección hacia la izquierda. Gracias.

MCOE Preschool

CHILD HEALTH RECORD- SCREENINGS, PHYSICAL EXAMINATION, TB ASSESSMENT

Child's Name: _____ Gender: _____ DOB: _____
 r: Mono County Office of Education State Preschool Phone: _____
 Mailing Address: PO Box 130, Mammoth Lakes Office Ph 760-934-0031 FAX: _____

1. RELEVANT INFORMATION:

2. SCREENING TESTS: Starred items (*) are REQUIRED by Head Start and recommended by the American Academy of Pediatrics for children 3-5 years. Enter dates if done previously. When recording results, enter at a min. "N" = Normal; "S" = Suspect, or "A" = Atypical/Abnormal.

TEST	DATE	RESULTS	TEST	DATE	RESULTS
* Present Age		Yrs, Mos.	* Hearing (specify type of test)		
* Height (no shoes, nearest 1/8")			Results		
* Weight (light clothes, nearest 1/4 lb)			Rescreening		
* Blood Pressure			* Vision		
* HGB/HCT (Hemoglobin/Hematocrit)			Acuity R/L		
* Lead			Rescreening		
* Urinalysis			Strabismus		
Ova, Parasites			Comments:		
Other (Indicate)					

3. PHYSICAL EXAMINATION/ ASSESSMENT	Normal for Age	Abnormal	Not evaluated
A. General Appearance			
B. Posture, Gait			
C. Speech			
D. Head			
E. Skin			
F. Eyes (external and optic)			
G. Ears (external and tympanic)			
H. Nose, Mouth, Pharynx			
I. Teeth			
J. Heart			
K. Lungs			
L. Abdomen (includes Hernia)			
M. Genitalia			
N. Bones, Joints, Muscles			
O. Neurological/ Social			
(1) Gross Motor			
(2) Fine Motor			
(3) Communication skills			
(4) Cognitive			
(5) Self-Help Skills			
(6) Social Skills			
P. Glands (Lymphatic/ Thyroid)			
Q. Muscular Coordination			
R. OTHER			

SCREENING OF TB RISK FACTORS/ TB WAIVER:

- ☐ Risk Factors Not Present; TB Skin test not required
- ☐ Risk Factors PRESENT; Mantoux TB test performed:

Date Test Performed

☐ Neg ☐ Pos

RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:

- Have clinical evidence of TB
- Have abnormalities on chest x-ray suggestive of TB
- Have contact with or family history of confirmed/suspected TB and/or HIV seropositivity
- Are in foreign-born families with high prevalence countries (Asia, Africa, Central America, South America)
- Live in and out of home placements
- Live with someone who has been incarcerated in the last 5 yrs.
- Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs or nursing home residents.

CARE PROVIDER'S CLINIC STAMP

General Statement of Child's Physical Status:
Any asthma or allergies?

Signature and Printed Name

4. COMMENTS (please print clearly)

Date

PROVIDER PRIOR TO PHYSICAL EXAMINATION/ ASSESSMENT.

Part 2. TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER DURING PHYSICAL EXAMINATION/ ASSESSMENT

MCOE Preschool Program
Dental Exam/Treatment Record

CHILD'S NAME: _____

DOB: _____

CENTER: _____

DATE: _____

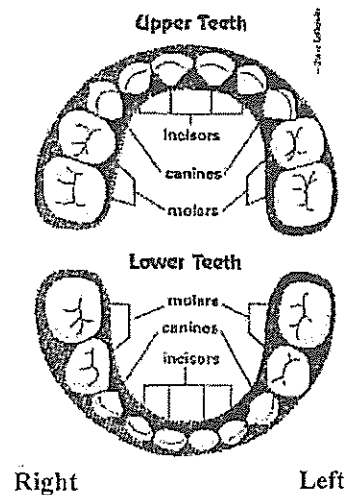
DENTIST: COMPLETE THIS SECTION

DATE OF DENTAL EXAM: _____

- ☐ ORAL HYGIENE: POOR _____ FAIR _____ GOOD _____
- ☐ GUM DISEASE
- ☐ VISIBLE CAVITIES/DECAY
- ☐ VISIBLE FILLINGS/DENTAL WORK PRESENT
- ☐ SEVERE DENTAL PROBLEMS
- ☐ EMERGENCY TREATMENT NEEDED
- ☐ TEETH ALIGNMENT PROBLEMS (MALOCCLUSION)
- ☐ OTHER: _____

TOPICAL FLUORIDE APPLIED:

☐ YES ☐ NO



SUGGESTED TREATMENT PLAN/COMMENTS
(please mark all that apply)

- ☐ Needs treatment
- ☐ Receiving treatment

Next treatment date: _____

- ☐ Treatment complete
- Date treatment was completed: _____

Additional comments:

PRIORITY RATING:

- ☐ HIGH PRIORITY: Urgent/Immediate care is needed (Dental Referral)
- ☐ MODERATE PRIORITY: There are problem areas. Child should see a dentist within 3 months.
- ☐ LOW PRIORITY: No obvious problems. Regular 6-12 month check-ups recommended.

Dentist Signature: _____

Date: _____

Dentist License # _____