



# DOÑA ANA COUNTY HEAD START



## Blood Lead Screen (Finger prick test)

### - Head Start governing regulation 1304.20-Child health and developmental services

(a) Determining child health status. (1) In collaboration with the parents and as quickly as possible, but no later than 90 calendar days from the child's entry into the program, agencies must: Obtain from a health care professional a determination as to whether the child is up-to-date on a schedule of age appropriate preventive and primary health care. Such a schedule must incorporate the requirements for a schedule of well child care utilized by the Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment (EPSDT requirement for Lead states "to be performed at 12 & 24 months").

CHILD: \_\_\_\_\_ CENTER: \_\_\_\_\_ AM PM CLASSROOM

### Permission to perform Blood Lead Screen (Finger prick test)

I/We \_\_\_\_\_ as parent(s) or legal guardian(s) of the minor child

\_\_\_\_\_, Date of birth of the child: \_\_\_\_\_ give

consent and authorization to Dona Ana County Head Start to perform the Blood Lead Screening for the above named minor.

Signed: \_\_\_\_\_ Dated: \_\_\_\_\_

Blood Lead Screen (Test) Date: \_\_\_\_\_ Result: \_\_\_\_\_

Childs Family Doctors name: \_\_\_\_\_

Address/City: \_\_\_\_\_



# DOÑA ANA COUNTY HEAD START



## Examen De Plomo (Picadura De Dedo)

### - Regulación gubernante de Head Start 1304.20 salud de niño y servicios del desarrollo

(a) Determinado el estado de la salud del niño. (1) En colaboración con los padres y lo más pronto posible pero no más que 90 días calendarios de cuando el niño entro al programa. Agencias deberán obtener, del profesional del cuidado de salud una determinación en cuando si el niño esta al corriente al horario de edad preventivo apropiado y el cuidado primario de salud. Tal horario deberá incorporar los requisitos para un horario del cuidado del niño utilizado por el temprano y periódico exámenes diagnosis y tratamiento (EPSDT requisito para estados de plomo "que se hagan a los 12 y 14 meses")

NIÑO/A: \_\_\_\_\_ CENTRO: \_\_\_\_\_ AM PM Clase

Permiso para hacer el examen de plomo

Yo/nosotros \_\_\_\_\_ como padres o guardián legal del niño menor

\_\_\_\_\_, fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

doy consentimiento y autorización al Head Start de Dona Ana para llevar acabo el examen del plomo para el nombre de menor mencionado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Examen de sangre de plomo Fecha : \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor del niño: \_\_\_\_\_

Direccion/ciudad: \_\_\_\_\_