



Doña Ana County HEAD START

New Mexico State University
College of Education



Cuestionario de Inscripción de Salud y Nutrición

Nombre del niño: _____ M F Centro: _____

1. Head Start tiene una Forma del Examen Dental corriente, en el archivo para mi hijo: Si No
2. Head Start tiene una Forma del Examen Físico corriente, en el archivo para mi hijo: Si No
3. Head Start tiene documentación que demuestre que mi hijo ha tenido una PRUEBA de PLOMO de sangre:
 Si No
4. Head Start tiene la documentación que demuestre que mi hijo ha tenido una prueba de Hemoglobina/HCT:
 Si No
5. Durante el año pasado, ha habido cambio o he tenido alguna preocupación por la salud de mi hijo: Si No
6. Por favor describa la preocupación de salud: _____
7. Mi hijo fue tratado por un médico por la preocupación de salud descrita anteriormente: Si No
8. Requisitos Estatal de Inmunización para la Entrada: Los niños de 4 años deben tener su 2da dosis de la vacuna MMR y Varicela, y 4rta dosis de Polio para seguir participando. Entiendo esto y mi hijo está corriente con sus vacunas. Si No
9. Mi hijo tendrá que obtener las siguientes vacunas antes de entrar a la escuela:

10. Head Start tiene un Plan de Dieta especial, en el archivo para mi hijo: Si No
11. Cambios de alimentación por alergia deben hacerse al Plan de Dieta para mi hijo: N/A Si No
12. Por favor describa cambios alérgicos de alimentación: _____

(El médico de su hijo tiene que completar un Plan de Dieta nuevo indicando el/los cambio(s) alérgico(s))
13. Por favor proporcione cualquier otra información de salud o nutrición que ayudara al personal satisfacer las necesidades de su hijo en la escuela.

 Firma del padre o guardián: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Medicaid EPSDT Well Child Care Schedule is Up-to-Date: Yes No

ENTERED INTO CHILDPLUS

BY: _____

DATE: ____/____/____