

Información de Inscripción de Niños de Early Head Start

Niño: _____ **Sexo:** _____ **Fec. Nac.:** ____ / ____ / ____
(Apellido/s) (Nombre/s) Mes Día Año

Madre del bebé: _____ **Fec. Nac.:** ____ / ____ / ____
(Apellido/s) (Nombre/s) Mes Día Año

Padre del bebé: _____ **Fec. Nac.:** ____ / ____ / ____
(Apellido/s) (Nombre/s) Mes Día Año

El niño vive con (Haga un círculo alrededor de todo que corresponda):

Madre Padres Abuelos Parientes Amigos Otro: _____

Etnicidad del niño (Haga un círculo): Hispánico/Latino No hispánico/No latino

Raza del niño (Haga un círculo): Indígena de EEUU Indígena de Alaska Asiático Afroamericano Caucásico
Indígena de Hawaii Isleño pacífico Biracial/Multiracial No especificada Otra (identifique): _____

Cobertura médica del niño:

Número de MA: _____ **Seguro privado:** _____
HMO (Haga un círculo): GHC Dean Unity Ningún **Número de grupo:** _____
de seguro social del niño: _____ - _____ - _____ **Empleador:** _____

¿Dónde nació el bebé? _____
Hóspital Ciudad

Tipo de parto: Vaginal Cesárea **Peso del bebé:** _____ **Largo:** _____

¿Cuándo nació el bebé? +2 meses temprano 3 semanas a 2 meses temprano A tiempo +3 semanas tarde Poco seguro

¿Por cuánto tiempo se quedó el niño en el hospital después del nacimiento? _____
(Incluya razones por qué): _____

¿Ha regresado el niño al hospital por algún problema? Sí No

Nombre del médico del niño: _____ No tiene un médico regular
Dirrección del médico: _____ **Teléfono:** _____

Fechas de chequeos médicos: ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

¿Ha empezado las vacunaciones el niño? Sí No **Lugar:** _____

¿Tiene alguna condición médica o recibe servicios para necesidades especiales el niño? Sí No

De ser así, ¿qué?: _____

¿Está tomando alguna medicación el niño? Sí No

¿Tiene alguna alergia confirmada el niño? _____

Frecuencia de comer del niño (veces por día): _____ **Cantidad consumida durante la hora de comer:** _____ oz
Cantidad consumida en 24 horas: _____ oz

Tipo de comida consumida: Leche del pecho Fórmula Otra (identifique): _____