



APLICACIÓN DE REAL KIDS CAMPAMENTO DE VERANO

East Harlem y el South Bronx

Recibo de aplicación – conserve esta primera pagina para usted!

Presente mi aplicación en: _____ a _____: _____

Presente mi aplicación a: _____

Fechas de Campamento 2 de julio hasta 10 de agosto

- No hay programa el 4 de julio
- Los jóvenes solo se les permiten 3 ausencias, incluidas las vacaciones
- REAL Kids sirve desayuno todos los días de 8:30 a 8:50

Hora de Salida (Recoger)

	Lunes - Jueves	Viernes
Grados K – 1 (Satchel)	4:45pm	2:45pm
Grados 2 – 5 (Clemente & Robinson)	5:00pm	3:00pm

Certificado de salud

Escribe tu propio recordatorio para enviar un certificado de salud completo o una cita de su proveedor de cuidado de la salud no mas tarde que el 18 de junio.

La cita medica de mi hijo esta en _____

- He enviado un certificado de salud completo (y el formulario de salud de Herrlich para jóvenes de grados 4/5)
- He presentado una prueba de cita

Fechas de Orientación: Por favor seleccione una orientación para asistir:

DREAM Charter School	PS 18	MOSAIC Preparatory	PS 171
1991 Second Avenue	502 Morris Avenue	141 E 111 th Street	104 th Street Madison Avenue
5:00-5:45pm	5:30-6:30pm	5:30-6:15pm	5:45-6:45pm
Lunes:	Martes:	Jueves:	Miércoles:
5 de marzo	6th de marzo	15 de marzo	14 de marzo
9 de abril	10 de abril	12 de abril	18 de abril
14 de mayo	15 de mayo	10 de mayo	18 de abril
4 de junio		7 de junio	16 de mayo



REAL KIDS

APLICACIÓN DE CAMPAMENTO DE VERANO

DREAM recoge información para satisfacer mejor las necesidades de nuestros jóvenes y familias.

Asegúrese de completar toda la información, no se aceptaran aplicaciones incompletas

SOLO PARA USO DE OFICINA		
RK After School: <input type="checkbox"/> PS 171 <input type="checkbox"/> MOSAIC Prep <input type="checkbox"/> Bronx PS 18 <input type="checkbox"/> DREAM Charter School RK Summer: <input type="checkbox"/> Newark <input type="checkbox"/> Satchel <input type="checkbox"/> Clemente <input type="checkbox"/> Robinson <input type="checkbox"/> Bronx PS 18		
Región <input type="checkbox"/> East Harlem <input type="checkbox"/> South Bronx <input type="checkbox"/> Newark	Rango de Grado <input type="checkbox"/> K-1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> 6-8 <input type="checkbox"/> 9-12	Lista de Control: <input type="checkbox"/> Información del Contacto <input type="checkbox"/> 3 Contactos de Emergencia <input type="checkbox"/> Formularios de Renuncia <input type="checkbox"/> Programa de Verano Forma Física (No juventud de Newark) Si no, fecha estimada de finalización
	Fecha de Orientación:	
Recibido por:	Recibido en: Fecha: _____ Hora: ____:____	
Introducido por:	Ingresado en:	

INFORMACION DEL HOGAR

Dirección		Numero de Apartamento:	
Ciudad	Estado	Código Postal	
Vecindario: <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Brooklyn <input type="checkbox"/> Manhattan <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Staten Island			

INFORMACION DEL PARTICIPANTE

Nombre:		Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
¿Habla Inglés?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Primer Idioma:	¿El participante puede caminar solo a casa (10 años o mas)?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Escuela:		Grado:	OSIS #:
Maestro(a) del grado:		Correo electrónico del Maestro(a):	
¿Califica para almuerzos gratuitos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Califica para almuerzos parcialmente gratuitos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿El participante tiene un plan de educación individual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuáles son las modificaciones?			
Limitaciones de Participante (¿hay actividades en que el participante no puede participar?):			
Alergias a alimentos: <i>(cheque todos aplicable):</i> <input type="checkbox"/> Cacahuete <input type="checkbox"/> Pinol <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Soya <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> ¿Otros? <i>Explique</i>	Problemas medicas: <i>(Cheque todos aplicable):</i> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> ¿Otros? <i>Explique</i>	Participante Raza/etnia <i>(Cheque todos aplicable):</i> <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Caribeño <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro	
Indique otras alergias y condiciones medicas que debemos saber			



INFORMACIÓN '1' PADRE/MADRE/GUARDIAN LEGAL DEL PARTICIPANTE

Nombre de la persona responsable legalmente por el participante:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección de correo electrónico:			
Número telefónico de casa:		Número telefónico del trabajo:	Número telefónico celular:
Relación con el participante <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro: Explique: _____	Raza/Etnia <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Caribeño <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> ¿Otro?		Estado Civil <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> pareja
Mejor método de contacto es vía: <input type="checkbox"/> telefónica <input type="checkbox"/> correo electrónico: <input type="checkbox"/> redes sociales (Facebook)		Hora de contacto: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Medio día <input type="checkbox"/> Noche	
¿Le gustaría ser voluntario/a en estas actividades? <input type="checkbox"/> Grupo para nuevos padres de familia <input type="checkbox"/> Planificación de eventos especiales <input type="checkbox"/> Conversar con donadores <input type="checkbox"/> Embajador de la comunidad		¿Esta interesado/a en los siguientes talleres? <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Educación Universitaria <input type="checkbox"/> Acoso cibernético <input type="checkbox"/> DOE Evaluación <input type="checkbox"/> Educación Sexual <input type="checkbox"/> Crianza de los hijos <input type="checkbox"/> Otro	
¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nivel educativo adquirido: <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria/ GED <input type="checkbox"/> Pocas clases universitarias <input type="checkbox"/> Diploma Universitario <input type="checkbox"/> Maestría o Doctorado		Estado Laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Desempleado
Dirección de su trabajo			
Ciudad		Estado	Código Postal
Vecindario: <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Brooklyn <input type="checkbox"/> Manhattan <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Staten Island			

Tiene custodia legal del participante? Si No
(Si no, cual es su dirección)

Ciudad

Estado

Código Postal

¿Hay en este hogar alguien que reciba una de las siguientes asistencias económicas? (Marque la correcta):

- NYCHA
- Sección 8
- Asistencia Pública
- Cupones de alimentos (SNAP)
- WIC
- SSI
- Medicaid
- Child Health Plus
- Family Health Plus
- Seguro de salud privado

Promedio de los ingresos anuales del hogar:

- Menos que \$15,000
- \$15,000 – \$24,999
- \$25,000 – \$34,999
- \$35,000 – \$44,999
- \$45,000 – \$64,999
- \$65,000 – \$84,999
- \$85,000 – \$100,00
- Mas de \$100,000

de jóvenes en la casa

de adultos en la casa

INFORMACIÓN '2" PADRE/MADRE/GUARDIAN LEGAL DEL PARTICIPANTE

¿Es esta persona un contacto en caso de emergencia? Si No

Nombre de la persona responsable legalmente por el participante		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección de correo electrónico:			
Número telefónico de casa:	Número telefónico del trabajo:	Número telefónico celular:	
Relación con el participante <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro: Explique: _____	Raza/Etnia <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Caribeño <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> ¿Otro?	Estado Civil <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> pareja	
Mejor método de contacto es vía: <input type="checkbox"/> telefónica <input type="checkbox"/> correo electrónico: <input type="checkbox"/> redes sociales (Facebook)		Hora de contacto: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Medio día <input type="checkbox"/> Noche	
¿Le gustaría ser voluntario/a en estas actividades? <input type="checkbox"/> Grupo para nuevos padres de familia <input type="checkbox"/> Planificación de eventos especiales <input type="checkbox"/> Conversar con donadores <input type="checkbox"/> Embajador de la comunidad		¿Esta interesado/a en los siguientes talleres? <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Educación Universitaria <input type="checkbox"/> Acoso cibernético <input type="checkbox"/> DOE Evaluación <input type="checkbox"/> Educación Sexual <input type="checkbox"/> Crianza de los hijos <input type="checkbox"/> Otro	
¿Habla ingles? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nivel educativo adquirido: <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria/ GED <input type="checkbox"/> Pocas clases universitarias <input type="checkbox"/> Diploma Universitario <input type="checkbox"/> Maestría o Doctorado	Estado Laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Desempleado	

Dirección de su trabajo			
-----	-----	-----	
Ciudad	Estado	Código Postal	

Vecindario: <input type="checkbox"/> Bronx	<input type="checkbox"/> Brooklyn	<input type="checkbox"/> Manhattan	<input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Staten Island



Tiene custodia legal del participante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si no, cual es su dirección)		
Ciudad	Estado	Código Postal

CUALQUIER PERSONAS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA- por favor indica tres personas

Nombre:	Numero de teléfono:
Nombre:	Numero de teléfono:
Nombre:	Numero de teléfono:

PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL PARTICIPANTE DESPUES DE CLASES

Si tu participante esta en K – 8th grado

Nombre:	Número telefónico:
Nombre:	Número telefónico:
Nombre:	Número telefónico:
Nombre:	Número telefónico:
Nombre:	Número telefónico:
Nombre:	Número telefónico:

PERSONAS TERMINANTEMENTE PROHIBIDAS A RECOGER AL PARTICIPANTE DESPUES DE CLASES

Nombre:	¿Existe una orden legal de protección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre:	¿Existe una orden legal de protección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre:	¿Existe una orden legal de protección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

PUBLICACION ACADEMICA

Yo, _____, soy el padre o guardián de _____. Y por este medio concedo permiso a DREAM de tener acceso a los registros de la escuela de mi hijo, incluyendo información sobre la inscripción, calificaciones de la asistencia, resultados de las pruebas en toda la ciudad y en todo el estado, y la asistencia. Yo doy permiso a DREAM para recibir números de OSIS de la escuela y hacer entrevistas con los padres y los niños. Toda la información es privada y comunicado en forma agregada. El nombre de su hijo no será publicado.

Nombre del Padre o Guardián

Firma del Padre o Guardián

Fecha

EXONERACION DE RECLAMOS / FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, soy el padre o guardián de _____. Y por este medio concedo permiso a mi hijo para que participe en todos los programas asociados con DREAM Incorporated ("DREAM") incluyendo entre otros, beisbol, softball, programas educacionales y vocacionales así como programas de consejeros, y excursiones ("Actividades"). Entiendo que (1) a pesar de los esfuerzos de DREAM en introducir una filosofía de seguridad en la organización, mi hijo puede estar expuesto a ciertos riesgos mientras participa en determinadas actividades, incluyendo entre otras lesiones físicas (2) el permiso que ahora concedo se asume a nombre de el o ella por todos los riesgos a los que pudiera estar expuesto por su participación en las actividades mencionadas anteriormente, incluyendo entre otras, lesiones físicas. Con respecto a dichas lesiones físicas, el permiso que ahora concedo significa que asumo a nombre de mi hijo(a) todos los riesgos o accidentes fortuitos relacionados con el beisbol calentamientos, prácticas y competencias asociadas con el beisbol, incluyendo entre otras el riesgo de ser lastimado con el bate, guante o pelotas.

Por consideración a DREAM y permitiendo que mi hijo(a) participe en las actividades que organiza, exonero de toda responsabilidad por indemnizaciones a DREAM, sus directores, organizadores, patrocinadores, entrenadores, empleados, voluntarios y agentes de todo reclamo, responsabilidad legal o acciones, entre otras lesiones físicas, aun cuando fueren el resultado de negligencia o cualquier otra causa.

Advertencia: El uso de equipo protector no puede prevenir todas las lesiones que se pudieran causar por un joven jugados mientras juega beisbol o softball.

Nombre del Padre o Guardián

Firma del Padre o Guardián

Fecha

AUTORIZACION DE LOS PADRES PARA EL TRATAMIENTO MEDICO

Yo, _____ padre/guardián de _____, por este medio concedo mi autorización a DREAM Incorporated ("DREAM") para autorizar a nombre mío, en caso de emergencia la aplicación de tratamiento medico el cuál DREAM a su sola discreción considere necesario incluyendo sin limitación tratamiento de primeros auxilios, paramédicos, y médicos de emergencia. Por consideración a DREAM permitiendo que mi hijo participe en las actividades y programas de DREAM, por este medio exonero, eximo de responsabilidad por indemnizaciones a Harlem RBI, sus directores, organizadores, patrocinadores, entrenadores, personal, voluntarios y agentes de cualquier reclamo, responsabilidad o acción relacionada con el tratamiento aplicado y con la decisión tomada al respecto. Yo además atestigo que he revelado toda la información medica vital e importante (alergias, medicamentos y limitaciones medicas en cuanto a actividades que pudiere realizar) la cual es necesaria para el apropiado cuidado de mi hijo.

Convengo en pagar, y asumir responsabilidad, por los costos médicos y dentales incurridas en el tratamiento de mi hijo.

Advertencia: El uso de equipo protector no puede prevenir todas las lesiones que se pudieran causar por un joven jugados mientras juega beisbol o softball.

Nombre del Padre o Guardián
Fecha

Firma del Padre o Guardián

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EVALUACIÓN / INVESTIGACIÓN

DREAM evalúa periódicamente los resultados para los jóvenes en los programas juveniles. Mientras su hijo está inscrito, es probable que el estudio de nuestros programas para ver qué tipo de cosas a los jóvenes les gusta de ellos y cómo afectan a los participantes. También queremos saber cómo los jóvenes están cambiando a medida que maduran y si y cómo las cosas que hacen en el programa contribuyen a esos cambios. Estamos especialmente interesados en entender más acerca de los resultados académicos, habilidades para la vida, y conductas de riesgo.

Durante el curso normal de las operaciones, el grupo de su hijo puede ser objeto de alguna colección de datos y observaciones de los programas, y su hijo tendrá que responder a encuestas o entrevistas. Todos sus / su información, las respuestas individuales y las notas específicas de observación se mantendrá estrictamente confidencial, y que son libres de preguntar más directamente sobre las actividades de evaluación que se convierten programadas para el grupo de su hijo. Al firmar, usted está diciendo que su hijo puede participar en ninguna actividad de evaluación estándar o estudios que se llevan a cabo durante las operaciones regulares del programa.

(Nombre de la Juventud)

tiene mi permiso para participar en cualquier colección /
evaluación de DREAM de datos estándar.

Nombre del Padre o Guardián
Fecha

Firma del Padre o Guardián

AUTORIZACION DE LOS PADRES PARA EL USO DE TRANSPORTE DE DREAM

DREAM utiliza con frecuencia furgonetas y/o buses para trasladar a los niños a prácticas, juegos u otros eventos. Por la presente Ud. concede su permiso para que su hijo _____ participe en las prácticas, juegos o torneos y sea transportado (i) junto con el equipo completo a eventos, en furgonetas y/o buses utilizados por DREAM para estos propósitos o (ii) en el evento de que las furgonetas o buses no tengan la capacidad suficiente para transportar a todos los niños, con uno de los entrenadores o voluntarios en un automóvil particular. La política establecida por DREAM es para todos los viajes que requieran el uso de una furgoneta o bus incluido los viajes en automóviles particulares como transportación suplementaria. Por favor complete el siguiente permiso:

*Con mi firma, autorizo que mi hijo _____ participe en los diversos entrenamientos, juegos, torneos en los cuáles DREAM regularmente participa por toda la ciudad de Nueva York, y áreas aledañas y además sea transportado a dichos eventos en furgonetas o buses usados por DREAM para estos propósitos o por medio de un automóvil privado de un voluntario o entrenador, entiendo que la política establecida por DREAM es para todos los viajes que requieran el uso de una furgoneta o bus incluidos los viajes en automóviles particulares como transportación suplementaria. Entiendo y acepto además que todos los jugadores serán transportados por **DREAM** para todos los juegos, a menos que con 24 horas de anticipación le notifique al entrenador de mi hijo los detalles de la transportación que mi hijo utilizará, incluyendo entre otras, (i) mi propio automóvil o (ii) transportación pública, la cual he determinado es apropiada para mi niño con el entendimiento de que asumiré los riesgos que pudieran ocasionarse por esta transportación alternativa, incluido entre otras lesiones físicas.*

Nombre del Padre o Guardián

Firma del Padre o Guardián

Fecha

MEDIOS DE COMUNICACIÓN AUTORIZACION Y EXONERACION

Quien a continuación suscribe este documento entiende que entre las muchas actividades incluyendo, entre otras, educación, deportes, juegos, teatro y entrevistas, realizadas ocasionalmente por mi hijo como participante de DREAM, una organización sin fines de lucro, pueden ser grabadas, fotografiadas y/o transcritas por lo cual concedo mi permiso, de manera no-exclusiva, perpetua, irrevocable y exento de regalías a DREAM y sus sucesoras y asignatarias ("Concesionario") de usar e incluir en sus archivos y grabaciones el nombre, voz, gustos e imagen de mi hijo (en conjunto "El Record de Actividades").

Autorizo también la reproducción, traducción, transcripción, distribución y preparación de materiales derivados, la transmisión, exhibición, anuncios de todo o parte del record de actividades grabadas en las que aparece mi hijo, las cuales pueden ser usadas por DREAM para su publicidad y mercadeo en cualquier medio o forma de publicidad (existente o por crearse) incluyendo entre otros (televisión, cable, satélite y sindicatos) películas y videos a través del mundo. DREAM se reserva el derecho de concesionar, asignar, o licenciar cualquiera de sus derechos, sin previo consentimiento y esta exoneración les concede el beneficio de la Licencia. Además, como consecuencia de la participación de mi hijo o hija en sus programas, DREAM puede coleccionar u obtener información destinada únicamente a uso estadístico. Asimismo, yo entiendo que solicitudes para información adicional no son obligatorias.

Por este medio exonero al Concesionario de toda responsabilidad legal que pudiera ocasionarse por violación de los derechos de mi hijo relacionados con privacidad, publicidad, sátiras, calumnia o violación de cualquier otro derecho personal o de propiedad intelectual. Yo entiendo y asumo que mi hijo no será recompensado económicamente por las actividades que se hubieren grabado o se grabaran en el futuro.

Esta exoneración será interpretada y mis derechos determinados de acuerdo a las Leyes del Estado de Nueva York, sin referencia de su elección de disposiciones legales.

Nombre del Padre o Guardián

Firma del Padre o Guardián

Fecha

FORMULARIO DE LIBERACIÓN CLÍNICA

Si su hijo está en el asesoramiento o ha sido en el pasado; por favor complete este forma escribiendo el nombre y dirección completa de la persona, y luego firmar el formulario. El abajo firmante, por la presente autorizo el intercambio y la divulgación de información entre DREAM y

_____ sobre _____
(Consejero / Terapeuta / Trabajador Social Nombre) (Nombre de la Juventud)

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Alcance o la naturaleza de la información a revelar: (marque todo lo que corresponda)

Curso de admisión y historia de tratamiento Revisa de Terminación

Consejero / Terapeuta / Trabajador Social Información de Contacto

Indica aquí:

Número de teléfono : _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código postal: _____

Nombre impreso del Guardián Firma del Guardián

Fecha

Nombre impreso del Testigo Firma del Testigo

Fecha

CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please
Print Clearly

NYC ID (OSIS)

TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name		First Name		Middle Name		Sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Date of Birth (Month/Day/Year) ____/____/____	
Child's Address				Hispanic/Latino? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Race (Check ALL that apply) <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other			
City/Borough	State	Zip Code	School/Center/Camp Name			District Number	Phone Numbers Home _____ Cell _____ Work _____	
Health insurance (including Medicaid)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Parent/Guardian Last Name		First Name		Email		Cell _____ Work _____

TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER

Birth history (age 0-6 yrs) <input type="checkbox"/> Uncomplicated <input type="checkbox"/> Premature: _____ weeks gestation <input type="checkbox"/> Complicated by _____		Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following? If persistent, check all current medication(s): <input type="checkbox"/> Asthma (check severity and attach MAF): <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> Severe Persistent <input type="checkbox"/> Quick Relief Medication <input type="checkbox"/> Inhaled Corticosteroid <input type="checkbox"/> Oral Steroid <input type="checkbox"/> Other Controller <input type="checkbox"/> None Asthma Control Status <input type="checkbox"/> Well-controlled <input type="checkbox"/> Poorly Controlled or Not Controlled					
Allergies <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Epi pen prescribed <input type="checkbox"/> Drugs (list) _____ <input type="checkbox"/> Foods (list) _____ <input type="checkbox"/> Other (list) _____		<input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Behavioral/mental health disorder <input type="checkbox"/> Congenital or acquired heart disorder <input type="checkbox"/> Developmental/learning problem <input type="checkbox"/> Diabetes (attach MAF) <input type="checkbox"/> Orthopedic injury/disability Explain all checked items above.			<input type="checkbox"/> Seizure disorder <input type="checkbox"/> Speech, hearing, or visual impairment <input type="checkbox"/> Tuberculosis (latent infection or disease) <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ Addendum attached.		
Attach MAF in in-school medications needed Date of Exam: ____/____/____		Medications (attach MAF if in-school medication needed) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)					

PHYSICAL EXAM Date of Exam: ____/____/____ Height _____ cm (____ %ile) Weight _____ kg (____ %ile) BMI _____ kg/m ² (____ %ile) Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile)		General Appearance: <input type="checkbox"/> Physical Exam WNL <table border="0"> <tr> <td>NI Abnl</td> <td>NI Abnl</td> <td>NI Abnl</td> <td>NI Abnl</td> <td>NI Abnl</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Psychosocial Development</td> <td><input type="checkbox"/> HEENT</td> <td><input type="checkbox"/> Lymph nodes</td> <td><input type="checkbox"/> Abdomen</td> <td><input type="checkbox"/> Skin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Language</td> <td><input type="checkbox"/> Dental</td> <td><input type="checkbox"/> Lungs</td> <td><input type="checkbox"/> Genitourinary</td> <td><input type="checkbox"/> Neurological</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Behavioral</td> <td><input type="checkbox"/> Neck</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiovascular</td> <td><input type="checkbox"/> Extremities</td> <td><input type="checkbox"/> Back/spine</td> </tr> </table>					NI Abnl	NI Abnl	NI Abnl	NI Abnl	NI Abnl	<input type="checkbox"/> Psychosocial Development	<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Language	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Back/spine
NI Abnl	NI Abnl	NI Abnl	NI Abnl	NI Abnl																						
<input type="checkbox"/> Psychosocial Development	<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Skin																						
<input type="checkbox"/> Language	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological																						
<input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Back/spine																						
Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____		Describe abnormalities:																								

DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs) Validated Screening Tool Used? _____ Date Screened ____/____/____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Screening Results: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below): <input type="checkbox"/> Cognitive/Problem Solving <input type="checkbox"/> Adaptive/Self-Help <input type="checkbox"/> Communication/Language <input type="checkbox"/> Gross Motor/Fine Motor <input type="checkbox"/> Social-Emotional or Personal-Social <input type="checkbox"/> Other Area of Concern: _____		Nutrition < 1 year <input type="checkbox"/> Breastfed <input type="checkbox"/> Formula <input type="checkbox"/> Both ≥ 1 year <input type="checkbox"/> Well-balanced <input type="checkbox"/> Needs guidance <input type="checkbox"/> Counseled <input type="checkbox"/> Referred Dietary Restrictions <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)		Hearing Date Done ____/____/____ Results < 4 years: gross hearing ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred OAE ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred ≥ 4 yrs: pure tone audiometry ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred	
Describe Suspected Delay or Concern: _____		SCREENING TESTS Date Done ____/____/____ Results Blood Lead Level (BLL) (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk) ____/____/____ _____ µg/dL Lead Risk Assessment (annually, age 6 mo-6 yrs) ____/____/____ <input type="checkbox"/> At risk (do BLL) <input type="checkbox"/> Not at risk		Vision Date Done ____/____/____ Results < 3 years: Vision appears: ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years) Right ____/____/____ Left ____/____/____ <input type="checkbox"/> Unable to test Screened with Glasses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Strabismus? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Child Receives EI/CPSE/CSE services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Child Care Only Hemoglobin or Hematocrit ____/____/____ _____ g/dL _____ %		Dental Visible Tooth Decay <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Urgent need for dental referral (pain, swelling, infection) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dental Visit within the past 12 months <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

CIR Number		Physician Confirmed History of Varicella Infection <input type="checkbox"/>		Report only positive immunity:																			
IMMUNIZATIONS - DATES				<table border="1"> <thead> <tr> <th>IgG Titers</th> <th>Date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hepatitis B</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Measles</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Mumps</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Rubella</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Varicella</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Polio 1</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Polio 2</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Polio 3</td> <td>____/____/____</td> </tr> </tbody> </table>		IgG Titers	Date	Hepatitis B	____/____/____	Measles	____/____/____	Mumps	____/____/____	Rubella	____/____/____	Varicella	____/____/____	Polio 1	____/____/____	Polio 2	____/____/____	Polio 3	____/____/____
IgG Titers	Date																						
Hepatitis B	____/____/____																						
Measles	____/____/____																						
Mumps	____/____/____																						
Rubella	____/____/____																						
Varicella	____/____/____																						
Polio 1	____/____/____																						
Polio 2	____/____/____																						
Polio 3	____/____/____																						
DTP/DTPa/DT	____/____/____	Tdap	____/____/____																				
Td	____/____/____	MMR	____/____/____																				
Polio	____/____/____	Varicella	____/____/____																				
Hep B	____/____/____	Mening ACWY	____/____/____																				
Hib	____/____/____	Hep A	____/____/____																				
PCV	____/____/____	Rotavirus	____/____/____																				
Influenza	____/____/____	Mening B	____/____/____																				
HPV	____/____/____	Other	____/____/____																				

ASSESSMENT <input type="checkbox"/> Well Child (Z00.129) <input type="checkbox"/> Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-10 Code _____	RECOMMENDATIONS <input type="checkbox"/> Full physical activity <input type="checkbox"/> Restrictions (specify) _____ Follow-up Needed <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____ Referral(s): <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Early Intervention <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Other _____
--	---

Health Care Practitioner Signature		Date Form Completed ____/____/____	DOHMH ONLY PRACTITIONER I.D. _____
Health Care Practitioner Name and Degree (print)		Practitioner License No. and State	TYPE OF EXAM: <input type="checkbox"/> NAE Current <input type="checkbox"/> NAE Prior Year(s) Comments: _____
Facility Name		National Provider Identifier (NPI)	Date Reviewed: ____/____/____ I.D. NUMBER _____
Address		City State Zip	REVIEWER: _____
Telephone	Fax	Email	FORM ID# _____

