



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 1 de Julio hasta 9 de Agosto

- No hay programa el 4 y 5 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 (PS 146 M) East Harlem	4:45 pm	2:45 pm
Grados 2 – 5 (DREAM & PS 171 M) East Harlem	5:00 pm	3:00 pm
South Bronx K-5 (PS 18X)	5:00 pm	3:00 pm

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 14 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	P.S. 18	PS 146 M	PS 171
1991 Second Avenue New York, NY 10029	502 Morris Avenue Bronx, NY 10451	421 E 106 ST, New York, NY, 10029	19 East 103 th Street New, NY 10029
5:00pm-5:45pm	5:30pm-6:30pm	5:30pm-6:15pm	5:45pm-6:45pm
Lunes:	Martes:	Jueves:	Miércoles:
4 de Marzo	5 de Marzo	14 de Marzo	13 de Marzo
8 de Abril	9 de Abril	11 de Abril	17 de Abril
13 de Mayo	14 de Mayo	9 de Mayo	8 de Mayo





REAL KIDS

APLICACIÓN DE CAMPAMENTO DE VERANO

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

SOLO PARA USO DE OFICINA

RK After School: <input type="radio"/> PS 171 <input type="radio"/> PS 146 <input type="radio"/> Bronx PS 18 <input type="radio"/> DREAM Charter School		
RK Summer: <input type="radio"/> Satchel <input type="radio"/> Clemente <input type="radio"/> Robinson <input type="radio"/> Bronx PS 18		
Región <input type="checkbox"/> East Harlem <input type="checkbox"/> South Bronx	Rango de Grado <input type="checkbox"/> K-1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5	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 <input type="checkbox"/> Prueba de cita Fecha: _____
Regresando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de Orientación:	
Recibido por:	Recibido en: Fecha: _____ Hora: ____:_____	
Introducido por:	Ingresado en:	



Por favor, asegúrese de completar toda la información, no se aceptarán solicitudes incompletas

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 Ingles?: <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:	Nivel de lectura:		
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
¿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

¿Hay en este hogar alguien que reciba una de las siguientes asistencias económicas? (Marque la correcta): <input type="checkbox"/> NYCHA <input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> Asistencia Pública <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos (SNAP) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Medicaid		Promedio de los ingresos anuales del hogar: <input type="checkbox"/> Menos que \$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,000 – \$24,999 <input type="checkbox"/> \$25,000 – \$34,999 <input type="checkbox"/> \$35,000 – \$44,999 <input type="checkbox"/> \$45,000 – \$64,999 <input type="checkbox"/> \$65,000 – \$84,999 <input type="checkbox"/> \$85,000 – \$100,00 <input type="checkbox"/> 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
--	---	--

¿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? <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- INDICA 3 (TRES) PERSONAS

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

PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL PARTICIPANTE- Aparte de los padres/Guardián legal

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



EXONERACION DE RECLAMOS / FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Yo concedo permiso a mi hijo para que participe en todos los programas asociados con DREAM Incorporated ("DREAM") incluyendo entre otros, beisbol, sofbol, programas educacionales y vocacionales asi 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 jugado mientras juega beisbol o sofbol.

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 atestiguo 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 jugado mientras juega beisbol o softball.

Nombre del Padre o Guardián

Firma del Padre o Guardián

Fecha



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.

_____ tiene mi permiso para participar en cualquier colección / evaluación de DREAM de datos estándar.
(Nombre de la Juventud)

Nombre del Padre o Guardián

Firma del Padre o Guardián

Fecha

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 Guardiaán

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 sindicados) 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

PUBLICACION ACADEMICA

Yo 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

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 <input type="checkbox"/> Yes (including Medicaid)? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Parent/Guardian Last Name <input type="checkbox"/> Foster Parent	First Name	Email	

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? <input type="checkbox"/> Asthma (check severity and attach MAF): If persistent, check all current medication(s): Asthma Control Status <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"/> 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 <input type="checkbox"/> Well-controlled <input type="checkbox"/> Poorly Controlled or Not Controlled <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.	Medications (attach MAF if in-school medication needed) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below) _____ _____
---	--	--	---

PHYSICAL EXAM Date of Exam: ____/____/____	General Appearance: <input type="checkbox"/> Physical Exam WNL <input type="checkbox"/> Psychosocial Development <input type="checkbox"/> Language <input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> HEENT <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lymph nodes <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Genitourinary <input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> Neurological <input type="checkbox"/> Back/spine
Height _____ cm (____ %ile) Weight _____ kg (____ %ile) BMI _____ kg/m ² (____ %ile) Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile) 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	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
Describe Suspected Delay or Concern: _____	Lead Risk Assessment (annually, age 6 mo-6 yrs) _____ <input type="checkbox"/> At risk (do BLL) <input type="checkbox"/> Not at risk	Screened with Glasses? _____ Strabismus? _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	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
Child Receives EI/CPSE/CSE services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hemoglobin or Hematocrit _____ g/dL _____ %	Report only positive immunity: IgG Titers Date Hepatitis B _____/_____/_____ Measles _____/_____/_____ Mumps _____/_____/_____ Rubella _____/_____/_____ Varicella _____/_____/_____ Polio 1 _____/_____/_____ Polio 2 _____/_____/_____ Polio 3 _____/_____/_____	

CIR Number _____	Physician Confirmed History of Varicella Infection <input type="checkbox"/>	Report only positive immunity:
IMMUNIZATIONS - DATES		
DTP/DTaP/DT _____	Tdap _____	Hepatitis B _____/_____/_____
Td _____	MMR _____	Measles _____/_____/_____
Polio _____	Varicella _____	Mumps _____/_____/_____
Hep B _____	Mening ACWY _____	Rubella _____/_____/_____
Hib _____	Hep A _____	Varicella _____/_____/_____
PCV _____	Rotavirus _____	Polio 1 _____/_____/_____
Influenza _____	Mening B _____	Polio 2 _____/_____/_____
HPV _____	Other _____	Polio 3 _____/_____/_____

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 _____	Telephone _____ Fax _____ Email _____	REVIEWER: _____
		FORM ID# _____

