



Solicitud para Head Start/Early Head Start

Centro de Recursos: 450 Syndicate St. N Suite 5,
St. Paul, MN 55104

Línea directa para la inscripción: 651-603-5977
Fax: 651-603-5986 Correo electrónico: hs-apps@caprw.org
Sitio web: www.caprw.org



PARTNERING WITH PEOPLE TO OVERCOME POVERTY
SERVE. EDUCATE. TRANSFORM.

Community Action Head Start /Early Head Start ofrece servicios de educación preescolar gratuitos para familias que califiquen y que vivan en el condado de Ramsey. Las familias de bajos ingresos, niños de cuidado de crianza temporal, y familias sin hogar (McKinney-Vento) tienen mayor prioridad. Familias con ingresos que sobrepasan las Guías de Pobreza Federales también pueden aplicar. Todos los niños son bienvenidos a nuestro programa, incluyendo niños con discapacidad y que tengan un plan de educación individual (IEP).

Si usted recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia en Efectivo o de alimentos del Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), es elegible para nuestro programa.

Visite nuestra página web (www.caprw.org) para obtener más información y para conocer las Guías de Pobreza Federales actuales.



Early Head Start

Programa para mujeres embarazadas, padres y madres, o tutores con bebés o niños menores de 3 años

Opciones:

- **En el hogar:** visitas semanales al hogar y eventos familiares dos veces al mes
- **En el centro:** cuidado infantil durante todo el año, de 10 a 11 horas al día, para niños de 6 semanas a 3 años

Se requiere una beca a través del Programa de Asistencia de Cuidado Infantil o la beca de aprendizaje Pathway I de Think Small.

Head Start

Para niños preescolares de 3 o 4 años, o que cumplan 5 años después del 1ro de septiembre

Opciones:

- **Día extendido:** 7.5 horas al día, de lunes a jueves, de septiembre a junio
Se ofrece transporte limitado para esta opción.
- **Año completo:** 10 a 11 horas al día, de lunes a viernes, durante todo el año
No hay transporte disponible para esta opción.

Se requiere una beca a través del Programa de Asistencia de Cuidado Infantil o la beca de aprendizaje Pathway I de Think Small.



Complete esta solicitud con claridad, fírmela y entréguela.

- Envíe por correo electrónico una foto clara o una copia escaneada de la solicitud a hs-apps@caprw.org
- Déjela en el edificio de Community Action en 450 Syndicate St N, St. Paul, MN 55104
- Envíela por correo al edificio de Community Action en 450 Syndicate St. N, Ste. 5, St. Paul, MN 55104
- Entréguela en persona en cualquiera de nuestros centros. Consulte nuestras ubicaciones en caprw.org/head-start
- Envíela por fax al 651-603-5986

Documentación que debe entregar para completar la solicitud:

- Comprobante de la fecha de nacimiento del niño (historial médico, pasaporte, Acta de nacimiento, I-94, etc.)
- Registro de vacunas del niño
- Comprobante de elegibilidad o ingresos de la familia: impuestos, recibos de sueldo, formulario W2, comprobante de SNAP, comprobante de TANF, comprobante de SSI, carta del cuidado de crianza temporal, comprobante de McKinney-Vento o falta de vivienda, ej., dirección del refugio, carta que describa la situación de vivienda

**** Entregue también el examen físico y dental de su niño/a lo antes posible (puede encontrar los formularios en blanco en caprw.org)

Xav tau kev pab hu |

Hadii aad rabto caawimaad wac | Ayuda para solicitar

Para solicitar ayuda en otros idiomas, llame a la Línea directa de inscripción: 651-603-5977

Información de prácticas de privacidad (guarde esta página para sus récords)

Community Action Partnership of Ramsey and Washington Counties: Programa Head Start

Vigente a partir del 1 de febrero de 2020

Esta página le proveerá información de cómo se puede usar y proveer información privada sobre usted y cómo usted puede buscar esta información. Por favor, revísela cuidadosamente. Al firmar esta solicitud, nos está diciendo que podemos compartir la información contenida con las personas y organizaciones que se indican a continuación.

¿Por qué pedimos esta información?

- Con el fin de determinar si podemos ayudarle y de qué manera, conseguimos información:
- Para distinguirlo de otras personas con el mismo nombre o un nombre similar.
 - Para decidir para qué servicios es elegible.
 - Para ayudarle a obtener servicios médicos, de salud mental, financieros o sociales y decidir si puede pagar algunos de ellos.
 - Para decidir si usted o su familia necesitan servicios de protección.
 - Para decidir si usted o sus hijos necesitan servicios educativos fuera o dentro del domicilio familiar.
 - Para investigar la exactitud de la información contenida en su solicitud.
- Después de haber comenzado a brindarle servicios o apoyo, podemos obtener información adicional:
- Para elaborar informes, realizar estudios, auditorías y evaluar nuestros programas.
 - Para investigar los informes de personas que mienten sobre la ayuda que necesitan.
 - Para recaudar fondos de otras organizaciones, como compañías de seguros, en caso de que deban pagar por su cuidado.
 - Para recaudar fondos del gobierno estatal o federal por la ayuda que le brindamos
 - Cuando cambien sus circunstancias o las de su familia tengan que reportar el cambio.

¿Debe responder a las preguntas que le hacemos?

No está obligado a darnos su información personal. Sin esa información, es posible que no podamos ayudarle. Si nos da información errónea a propósito, puede ser investigado y acusado de fraude.

¿Con quiénes podemos compartir su información?

Solo compartiremos información sobre usted cuando sea necesario y según lo permita o exija la ley. Podemos compartir su información con las siguientes agencias o personas que la necesiten para realizar su trabajo: Empleados o voluntarios de otras agencias estatales, locales, federales, colaborativas, sin fines de lucro, y privadas.

Investigadores, auditores, y otras personas que realizan inspecciones y estudios sobre la calidad de la atención o inician procesos o acciones legales relacionadas con las gestiones de los programas de servicios humanos.

Autoridades judiciales, fiscal del condado, fiscal general, otras autoridades encargadas de hacer cumplir la ley, autoridades de manutención infantil e investigadores de protección infantil y fraude.

Oficinas de servicios humanos, incluidas las oficinas de cumplimiento de la manutención infantil, Agencias gubernamentales en otros estados que administran programas de beneficios públicos.

Proveedores de servicio médico, incluidas las agencias de salud mental y los centros de tratamiento de alcoholismo y drogadicción.

Proveedores de seguro médico, agencias de salud, y otras entidades que paguen por su atención médica.

Tutores o personas con poder legal.

Médicos forenses e investigadores médicos en caso de que usted fallezca y ellos investigen su muerte.

Cualquier otra persona a quien la ley diga que debemos o podemos proporcionar la información.

¿Cuáles son sus derechos respecto a la información que tenemos sobre usted?

Usted y las personas a las que haya dado permiso pueden ver y obtener la información privada que tenemos sobre usted.

Puede cuestionar si la información que tenemos sobre usted es correcta, y enviar sus dudas por escrito.

Explique por qué la información es incorrecta o incompleta. Envíenos su propia explicación de la información con la que no esté de acuerdo. Adjuntaremos su carta de explicación cada vez que compartamos la información con otra institución.

Usted tiene derecho a pedirnos por escrito que compartamos la información con usted de una cierta forma o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que enviemos la información de salud a su dirección de trabajo en lugar de a su domicilio.

Si consideramos que su solicitud es razonable, la atenderemos.

Usted tiene derecho a pedir que limitemos o restrinjamos la manera en que usamos o divulgamos su información, pero no estamos obligados a aceptar esa petición.

Si no entiende la información, pida a su trabajador social que le explique. Puede solicitar otra copia de este aviso.

¿Cuáles son nuestras responsabilidades?

Debemos proteger la privacidad de su información personal de acuerdo con los términos de este aviso.

No podemos usar su información por razones distintas a las mencionadas en este formulario ni compartirla con personas o agencias que no se enumeren en este formulario, a menos que nos lo indique por escrito.

Debemos seguir los términos de este aviso, pero podemos cambiar nuestra política de privacidad si cambian las leyes.

¿Qué derechos de privacidad tienen los niños?

Si tienen menos de 18 años, cuando no se requiera el consentimiento parental para el tratamiento médico, la información no se mostrará a los padres, a menos que el proveedor de atención médica crea que no compartir la información podría poner en riesgo la salud del niño. Los padres pueden ver otra información sobre el niño y permitir que otros vean esta información, a menos que el niño haya solicitado que esta información no se comparta con sus padres.

Debe hacer esta solicitud por escrito y especificar qué información no desea compartir y por qué. Si la agencia está de acuerdo en que compartir la información no es lo mejor para el niño, la información no se compartirá con los padres. Si la agencia no está de acuerdo, los padres podrán acceder a la información si la solicitan.

¿Qué sucede si cree que se violaron sus derechos de privacidad?

Si cree que Community Action Partnership of Ramsey and Washington Counties violó sus derechos de privacidad, puede enviar una queja por escrito a la siguiente dirección:

Community Action Partnership of Ramsey and Washington Counties
Attn: Senior Director: Programa Head Start
450 N Syndicate St.
Suite 5
St. Paul, MN 55104

“Esta información está disponible en formatos alternativos para personas con discapacidad, a pedido formal. Comuníquese al 651-603-5977. Community Action Head Start es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades”.

SECCIÓN 1: OPCIÓN DE PROGRAMA PREFERIDA

- DÍA EXTENDIDO** (7.5 horas/día, de lunes a jueves, transporte limitado)
- EN EL HOGAR** (visitas a domicilio para niños de 0 a 3 años)
- AFILIADOS DE PREKÍNDER DE SPPS** (6.5 horas/día, de lunes a viernes)
- AFILIADOS DE HEAD START** (las horas o los días pueden variar)
- DÍA COMPLETO** (10 horas/día, de lunes a viernes, requiere financiamiento del programa CCAP o la beca Pathway I de Think Small, sin transporte)

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

SOLICITANTE (niño, niña o persona embarazada) (si hay más de 2 solicitantes, utilice la sección Otros miembros de la familia)

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Etnicidad
		/ /	M F		Hispana No hispana
		/ /	M F		Hispana No hispana

PADRES O TUTOR 1:

¿La madre está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha de parto: _____	¿Los padres están interesados en los servicios de EHS (visitas a casa)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Padres o tutor 1 Nombre	Apellido	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Etnicidad
			/ /	M F		Hispana No hispana

Número de teléfono:	¿Puede recibir mensajes de texto?	Correo electrónico:
----------------------------	-----------------------------------	---------------------

Situación laboral de los padres o tutor 1: <input type="checkbox"/> Tiene un empleo <input type="checkbox"/> Se queda en casa <input type="checkbox"/> Se jubiló o tiene una discapacidad <input type="checkbox"/> Estudia <input type="checkbox"/> Cobra el subsidio de desempleo	Educación de los padres o tutor 1: <input type="checkbox"/> 12.º grado o menos <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED o equivalente <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios: aún sin título <input type="checkbox"/> Título de Técnico <input type="checkbox"/> Título de Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de Maestría o superior
---	--

PADRES O TUTOR 2:

¿La madre está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha de parto: _____	¿Los padres están interesados en los servicios de EHS (visitas a casa)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Padres o tutor 2 Nombre	Apellido	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Etnicidad
			/ /	M F		Hispana No hispana

Número de teléfono:	¿Puede recibir mensajes de texto?	Correo electrónico:
----------------------------	-----------------------------------	---------------------

Situación laboral de los padres o tutor 2: <input type="checkbox"/> Tiene un empleo <input type="checkbox"/> Se queda en casa <input type="checkbox"/> Se jubiló o tiene una discapacidad <input type="checkbox"/> Estudia <input type="checkbox"/> Cobra el subsidio de desempleo	Educación de los padres o tutor 2: <input type="checkbox"/> 12.º grado o menos <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED o equivalente <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios: aún sin título <input type="checkbox"/> Título de Técnico <input type="checkbox"/> Título de Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de Maestría o superior
---	--

Custodia de los hijos: Ambos padres, en el mismo hogar | Ambos padres, en hogares separados | Padre/madre soltero/a

Tutela ordenada por un tribunal, cuidado de crianza temporal o cuidado de parentesco |

Otro (p. ej., delegación de la patria potestad): _____

Solicitante del nombre y fecha de nacimiento:

SECCIÓN 2 (cont.): INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Otras fuentes de ingresos: Ingreso de seguridad suplementario (SSI) (para cualquier miembro de la familia) | Asistencia en efectivo del MFIP/DWP
 Manutención infantil | Becas o ayudas escolares | SNAP (cupones de alimentos)

Sin ingresos: Los padres o los tutores declaran no haber recibido ninguno de los ingresos anteriores en los últimos 12 meses. Explique cómo cubrió su familia las necesidades básicas durante el tiempo en que no tuvo ingresos: _____

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA (incluya a todas las personas que viven en su casa, adjunte otra página si es necesario)

Nombre	Apellido	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Etnicidad
			/ /	M F		Hispana No hispana
			/ /	M F		Hispana No hispana
			/ /	M F		Hispana No hispana
			/ /	M F		Hispana No hispana

Idiomas hablados en el hogar:

Primario: _____ Secundario: _____

¿Necesita un intérprete?

Sí No

SECCIÓN 3: DIRECCIÓN Y SITUACIÓN DE VIVIENDA

Dirección particular (incluya el número de apartamento o unidad)	Código postal	Ciudad, estado
--	---------------	----------------

Dirección postal (si es diferente de la dirección particular)

Situación de vivienda actual: Propia, alquilada, o compartida por elección |
 Compartida debido a pérdida de vivienda o dificultades económicas | Refugio o transición | Hotel, campamento, coche, etc. |
 Vivienda en juicio hipotecario o desalojado
 Otro:

¿Sin hogar en los últimos 2 años?

Sí | No

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Transporte (disponible solo para la opción de día extendido):

- Necesita autobús
- Tiene transporte propio
- Puede usar transporte propio, pero prefiere el autobús

Fuente de financiamiento (requerido solo para la opción de día completo):

- No tengo la beca financiamiento, pero quiero aplicar
- Tengo financiamiento por medio de la beca Pathway 1
- Tengo la beca de Asistencia de Cuidado Infantil (CCAP)

Número de su caso (opcional): _____

SECCIÓN 5: CONSENTIMIENTOS Y AUTORIZACIONES

Iniciales: Entiendo que Community Action Head Start puede compartir los datos contenidos en esta solicitud o los que la acompañan con otros programas de servicios humanos que administra Community Action Partnership of Ramsey and Washington Counties.

Iniciales: A lo mejor de mi conocimiento, la información que yo he proveído es correcta y verdadera. Confirmando que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad. De acuerdo con las Prácticas de Datos del Gobierno de Minnesota y la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), se me informó y entiendo mis derechos.

Firma: _____ Fecha: _____

Solicitante del nombre y fecha de nacimiento:

SECCIÓN 6: DISCAPACIDADES, ADAPTACIONES Y PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

¿Sabe o sospecha que su hijo necesita apoyo en alguna de las siguientes áreas? (Si la respuesta es Sí, marque la casilla)

<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> Diagnóstico de salud mental	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual o auditiva	<input type="checkbox"/> Problemas del habla

Otros problemas (indique): _____

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN (ROI) DEL IEP/IFSP:
Complete la información que sepa. No es obligatorio llenar esta sección.

¿Cuenta su hijo actualmente con un IEP/IFSP? Sí (adjunte una copia) | No | En procesos de evaluación o pruebas

Doy permiso a Community Action HS / EHS para solicitar y compartir información sobre mi hijo con el Distrito Escolar correspondiente a mi código postal.

Nombre de los niños: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma de los padres o el tutor: _____ Fecha: _____ Código postal del domicilio: _____

SECCIÓN 7: PROBLEMAS DE SALUD, ALERGIAS Y PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

¿Sabe o sospecha que su hijo necesita apoyo en alguna de las siguientes áreas? (Si la respuesta es Sí, marque la casilla)

Las preocupaciones de salud no impiden la participación de los niños.

<input type="checkbox"/> El niño tiene alergias alimentarias	<input type="checkbox"/> Asma o dificultades para respirar	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Otras alergias (indique): _____	<input type="checkbox"/> El niño necesita medicación en la escuela (indique): _____		

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD (ROI):

Complete la información que sepa.

Al llenar la información y firmar este formulario, usted autoriza al personal de Community Action Early Head Start/Head Start a ponerse en contacto con los proveedores médicos que usted indica a continuación para intercambiar (pedir, recibir y compartir) información sobre usted o su hijo; con el fin de obtener copias del examen físico y el examen dental del participante, que es un requerimiento.

Nombre de la clínica de salud: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre de la clínica dental: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Seguro médico (si tiene): _____

Nombre de los niños: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma de los padres o el tutor: _____ Fecha: _____

Solicitante del nombre y fecha de nacimiento:

SECCIÓN 8: CONTACTOS DE EMERGENCIA

Contactos de emergencia 1:

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación: _____

Número de teléfono de la casa: _____ Número de teléfono del trabajo (opcional): _____

Idioma primario: _____ ¿Necesita un intérprete? Sí No

Dirección: _____ Código postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Contactos de emergencia 2:

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación: _____

Número de teléfono de la casa: _____ Número de teléfono del trabajo (opcional): _____

Idioma primario: _____ ¿Necesita un intérprete? Sí No

Dirección: _____ Código postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

¿Cómo se enteró de Head Start o Early Head Start?

- Médico o trabajador social Trabajador social del condado de Ramsey WIC Familiar o amistad Personal o evento de Head Start
 Otro niño en Head Start Visitando la oficina principal (CAPRW) Otro: _____

¡Gracias por completar la solicitud de Head Start!

Con su solicitud, presente uno de los siguientes documentos:

- Documentos de ingresos (recibo de sueldo reciente, W2, impuestos)
 Foto de la tarjeta o carta actual de SNAP, MAXIS, TANF, o recibos de SSI

Con su solicitud, presente uno de los siguientes documentos:

- Historia clínica o tarjeta de vacunas
 Certificado de nacimiento o otro comprobante de fecha de nacimiento

Envíe por correo electrónico a HS-apps@caprw.org | Déjela en el edificio de Community Action en 450 Syndicate St N, St. Paul, MN 55104
Envíela por correo a Community Action en 450 Syndicate St. N, Ste. 5, St. Paul, MN 55104 | Envíela por fax al 651-603- 5986 | Entréguela en persona
en cualquiera de nuestros centros. Encuentre nuestras escuelas en caprw.org/head-start

VERIFICACIÓN DE FALTA DE INGRESOS/VIVIENDA (SOLO PARA USO DEL PERSONAL)

Verifico que esta familia: No tiene hogar según McKinney-Vento No tuvo ingresos durante los últimos 12 meses/año calendario

Notas/Fuente:

Nombre del personal:

Firma:

Fecha:



Annual Dental Exam & Treatment

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Date of most recent exam: _____

Date of treatment following exam (if applicable): _____

Dental Provider's Signature: _____

Dental Clinic Name / Address / Telephone Number: _____

The following was completed:

- _____ Dental Examination
- _____ X-Rays TAKEN _____ X-Rays READ
- _____ Fluoride Application
- _____ Cleaning
- _____ Sealants

- _____ Fillings
- _____ Extractions
- _____ Steel crowns
- _____ Space maintainers
- _____ Other, Explain: _____

_____ **ALL Treatment IS complete.**

OR

_____ **Treatment is NOT complete. The following is still needed:**

- _____ TAKE X-Rays
- _____ READ X-Rays
- _____ Sealant Application
- _____ Fillings

- _____ Extractions
- _____ Steel Crowns
- _____ Space maintainers
- _____ Other, Explain: _____

Plan to Complete Treatment: _____

NOTE: Head Start requires a dental exam with preventive services such as fluoride, and recommended treatment completed each year. Head Start families have been instructed to apply for MN Care if they do not have insurance. If ineligible for MN Care, Head Start will cover the cost of dental services at the MN Care allowable rate. Services, and their cost, must have prior approval from the Head Start Health Services Manager for payment: 651-603-5907. We greatly appreciate the services you are providing for our enrolled families.



Child & Teen Check-Up Exam

Name _____ DOB: ____/____/____ Gender: M F

Is child up to date with C&TC including all required tests: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If no, what is not complete: _____													
Are Immunization up-to-date (Please attach a copy): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No															
Height: _____ in. Weight: _____ lbs. <input type="checkbox"/> No Concern <input type="checkbox"/> Concern		Blood Pressure: ____/____ <input type="checkbox"/> No Concern <input type="checkbox"/> Concern													
Vision Status: <input type="checkbox"/> No Concern <input type="checkbox"/> Concern <input type="checkbox"/> Unable <input type="checkbox"/> Refer R 20/____ L 20/____ Corrected: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		*Required by HS-Previous dates acceptable													
Photo Screener: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer															
Hearing Status: <input type="checkbox"/> No Concern <input type="checkbox"/> Concern <input type="checkbox"/> Unable <input type="checkbox"/> Refer		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>*Lab</th> <th>Date</th> <th>Results</th> <th>Comments</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>*Hemoglobin</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*Blood Lead Level</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		*Lab	Date	Results	Comments	*Hemoglobin				*Blood Lead Level			
*Lab	Date			Results	Comments										
*Hemoglobin															
*Blood Lead Level															
	500 (25)	1000 (20)	2000 (20)	4000 (20)											
Right															
Left															

Area	N	AB	Comments	Area	N	AB	Comments
General Appearance				Lungs			
Head				Abdomen			
Face				Genitourinary			
Eyes				Musculoskeletal			
Ears				Spine			
Mouth-Teeth				Extremities			
Throat				Skin			
Nose				Neurological			
Neck				Nutritional Status			
Cardiovascular				Emotional Status			
Chest				Speech			

Allergies: _____

Routine Medications: _____

Is child developing appropriately for his/her age? No Yes, please specify: _____

Is a special diet necessary? No Yes, please identify restrictions: _____

Is there a condition which may result in an emergency? No Yes, please specify: _____

Is there a condition that may interfere with learning? No Yes, please specify: _____

Please indicate any present health conditions: _____

Any restrictions or recommendations: _____

*Physical Exam Date: _____

Signature of Health Care Provider: _____ Date Signed: _____

Print Providers Name: _____

Clinic Name: _____

Address _____ Phone: _____ Fax: _____