



Edgecombe
County Public Schools



FORMULARIO DE SOLICITUD NASH/EDGECOMBE PRE-K

Para participar en estos programas Pre-K, su hijo debe tener cuatro años de edad el 31 de agosto o antes del año actual del programa y debe cumplir con uno o más de los siguientes requisitos:

- El ingreso bruto de la familia es o inferior al 75% del nivel de ingresos medios del Estado
- El niño tiene una discapacidad del desarrollo identificada
- El niño tiene un dominio limitado del inglés (LEP) según lo indicado por la familia y/o el niño que habla inglés limitado o sin inglés en el hogar
- El niño tiene una necesidad educativa según lo indicado por los resultados de desempeño del niño en un examen de desarrollo aprobado o en un Plan de Educación Individualizado (IEP) existente
- El niño tiene una condición de salud crónica según lo indicado por el diagnóstico de un profesional de la salud
- El niño y la familia se identifican como personas sin hogar
- El niño es miembro de una familia militar elegible

****La determinación de elegibilidad no garantiza una colocación en un programa Pre-K. La colocación también se determina por la disponibilidad de fondos****

Complete la solicitud COMPLETA e incluya los siguientes archivos adjuntos:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento oficial | <input type="checkbox"/> Copia del registro de inmunización actual |
| <input type="checkbox"/> 30 días consecutivos de recibos para los padres/guardiáns del niño o un formulario de salario completado firmado por el empleador (la información de pago no debe ser más de dos meses antes de la fecha en la solicitud) | <input type="checkbox"/> Documentación escrita de cualquier otra fuente de ingresos: Seguro Social (SSA), Discapacidad SSI, Manutención de Niños, etc. |
| | <input type="checkbox"/> Copia de la evaluación de salud más reciente/informe de visita del niño sano |

Prueba de residencia: Proporcione dos (2) pruebas de residencia

- **¿Tienes una casa?** Proporcione una copia de la escritura, un estado de cuenta hipotecario o un estado de cierre de HUD.
- **¿Alquilas?** Proporcione una copia del contrato de alquiler.
- **¿Vives en la casa de otra persona?** Proporcione una declaración jurada de residencia notariada Y su declaración hipotecaria, escritura o arrendamiento.
- **También se requiere UNO de los siguientes elementos:**
 - Una factura de gas, agua, electricidad, teléfono, o cable.
 - Una licencia de conducir válida de Carolina del Norte o una tarjeta de identificación.
 - Talón de pago, extracto bancario O estado de cuenta de tarjeta de crédito fechado en los últimos 30 días.
 - Registro de vehículos actuales, factura de impuestos de vehículos, factura de impuestos sobre la propiedad, tarjeta W-2 O Medicaid fechada en el año anterior.
- **O Copia de uno de los siguientes puntos:** Carta de una agencia aprobada; Carta de reasentamiento de refugiados; Copia del arrendamiento de la Autoridad de Vivienda; O Carta/Declaración del hotel/motel si es posible.

Pre-K está disponible en una variedad de entornos en los condados de Nash y Edgecombe, incluidos los centros privados de cuidado infantil, Head Start y las escuelas públicas. Una lista de proveedores de Pre-K para el año escolar actual está en nuestro sitio web en www.depc.org o puede incluirse para su conveniencia: revise la lista de proveedores y seleccione sus opciones de sitio primero, segundo y tercero. Si necesita ayuda para elegir un proveedor, comuníquese con Family First al (252) 985-4300 ext. 220.

1st Opción: _____ 2nd Opción: _____ 3rd Opción: _____

****Contract Administrator Use Only****

Child's Name: _____

Date Processed: _____

Processed by: _____

DATE RECEIVED

INFORMACIÓN DE PADRE/ GUARDIÁN

PRIMER PADRE/ GUARDIÁN – El niño debe vivir en el mismo hogar que la(s) persona(s) que se enumeran a continuación.

| | |
|--|--|
| Padre/Guardián Nombre: _____ | |
| Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| Dirección de Casa: _____ <small>(Por favor incluya zip)</small> | Dirección de envío: _____ <small>(Si es diferente de casa – Por favor incluya zip)</small> |
| Condado en el que vive: <input type="checkbox"/> Nash <input type="checkbox"/> Edgecombe <input type="checkbox"/> Otro: _____ | Número de teléfono: _____ Segundo número de teléfono: _____ |
| Correo electrónico: _____ | |
| Etnicidad: ¿Eres de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <small>(marque todo aplicar)</small> <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Other _____ | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Separada(o) <input type="checkbox"/> Divorciada(o) <input type="checkbox"/> Viuda(o) |
| Empleo/Estado Escolar: <input type="checkbox"/> Empleado/Trabajador Independiente** <input type="checkbox"/> Desempleado <small>(marque todo lo que corresponda)</small> <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Asistir a la capacitación laboral <input type="checkbox"/> Asistir a la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Asistir a la universidad | ** Si está empleado debe proporcionar 30 días de recibos de pago o pedirle a su empleador que complete el formulario de salario adjunto. **Los trabajadores por cuenta propia pueden presentar el formulario de impuestos W-2 del año anterior. |
| Cheque Recibido: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Mensual | |

¿Hay otro padre o guardián que viva en el hogar con el niño? SÍ NO

****Si no hay un segundo padre en el hogar debe marcar "NO" para evitar tener una solicitud incompleta****

SEGUNDO PADRE/ GUARDIÁN - Debe completar la información para cada padre en el hogar.

| | |
|--|--|
| Padre/Guardián Nombre: _____ | |
| Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| Etnicidad: ¿Eres de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <small>(marque todo aplicar)</small> <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Other _____ | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Separada(o) <input type="checkbox"/> Divorciada(o) <input type="checkbox"/> Viuda(o) |
| Empleo/Estado Escolar: <input type="checkbox"/> Empleado/Trabajador Independiente** <input type="checkbox"/> Desempleado <small>(marque todo lo que corresponda)</small> <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Asistir a la capacitación laboral <input type="checkbox"/> Asistir a la escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Asistir a la universidad | ** Si está empleado debe proporcionar 30 días de recibos de pago o pedirle a su empleador que complete el formulario de salario adjunto. **Los trabajadores por cuenta propia pueden presentar el formulario de impuestos W-2 del año anterior. |
| Cheque Recibido: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Mensual | |

ESTADO MILITAR DE PADRE/ GUARDIÁN

| |
|--|
| ¿Este niño tiene un padre/guardián que es miembro activo del ejército? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene este niño un padre/ guardián que recibió la orden de servicio activo en los últimos 18 meses o se espera que se le ordene en los próximos 18 meses o herido y/o está recibiendo retiro por discapacidad militar o fue asesinado mientras servía en servicio militar activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

INFORMACIÓN INFANTIL

Por favor complete la información para cada niño que necesite servicios de Pre-K.

Niño/Niña #1

| | | |
|---|--|---|
| Nombre completo del niño: (como en el certificado de nacimiento) _____ | | |
| Fecha del niño de nacimiento: _____ | Género del niño: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña | Etnicidad del niño: ¿Es un niño de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Raza del niño: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (marque todo aplicar) <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Otro: _____ | Estado familiar: (marque uno solo) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre y Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____ | ¿Con quién vive el niño? |

INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

¿Quién cuida al niño si trabajas o vas a la escuela?

- Inscrita en un centro de cuidado infantil (centro o hogar)

Nombre de la instalación: _____

- Previamente/ya no estaba inscrito en un centro de cuidado infantil

- Niño atendido por un amigo, vecino o familiar
 El padre se queda en casa con el niño

¿Recibe asistencia para pagar el cuidado de su hijo?

- Recibir asistencia con el cuidado de niños de:

- Programa de Becas DEPC
 Departamento de servicios sociales
 NEED/Head Start
 Otro: _____

- No recibo asistencia con el cuidado de niños (pago el costo total)

NECESIDADES Y SERVICIOS ESPECIALES

¿Tiene su hijo un desafío educativo o de desarrollo? Sí NO No lo sé

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación:

¿Tiene su hijo un desafío físico o una enfermedad crónica? Sí NO

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación:

¿Tiene su hijo una Educación Individualizada Plan (IEP)? Sí NO No lo sé

Niño/Niña #2

| | | |
|---|--|---|
| Nombre completo del niño: (como en el certificado de nacimiento) _____ | | |
| Fecha del niño de nacimiento: _____ | Género del niño: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña | Etnicidad del niño: ¿Es un niño de ascendencia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Raza del niño: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (marque todo aplicar) <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Otro: _____ | Estado familiar: (marque uno solo) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre y Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal/Custodio <input type="checkbox"/> Otro: _____ | ¿Con quién vive el niño? |

INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

¿Quién cuida al niño si trabajas o vas a la escuela?

- Inscrita en un centro de cuidado infantil (centro o hogar)

Nombre de la instalación: _____

- Previamente/ya no estaba inscrito en un centro de cuidado infantil

- Niño atendido por un amigo, vecino o familiar
 El padre se queda en casa con el niño

¿Recibe asistencia para pagar el cuidado de su hijo?

- Recibir asistencia con el cuidado de niños de:

- Programa de Becas DEPC
 Departamento de servicios sociales
 NEED/Head Start
 Otro: _____

- No recibo asistencia con el cuidado de niños (pago el costo total)

NECESIDADES Y SERVICIOS ESPECIALES

¿Tiene su hijo un desafío educativo o de desarrollo? Sí NO No lo sé

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación:

¿Tiene su hijo un desafío físico o una enfermedad crónica? Sí NO

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación:

¿Tiene su hijo una Educación Individualizada Plan (IEP)? Sí NO No lo sé

INFORMACIÓN ADICIONAL DE INGRESOS

Enumere los montos de las siguientes fuentes de ingresos que recibe: escribe \$0 si no sé recibe ninguna.

| | |
|--|--|
| Beneficios para veterano: \$ _____ por mes | Beneficios de desempleo: \$ _____ por mes |
| Segura Social (SSA): \$ _____ por mes | Compensación de trabajadores: \$ _____ por mes |
| Discapacidad de SSI: \$ _____ por mes | Otro: _____ \$ _____ por mes |
| Manutención de los hijos: \$ _____ por mes | Otro: _____ \$ _____ por mes |

** Debe proporcionar documentación escrita para todas las fuentes de ingresos adicionales **

Declaración de “No Ingresos”

Para determinar la elegibilidad para los servicios de Pre-K de Nash/Edgecombe es necesario que presente un comprobante de ingresos. Complete esta sección "Sin ingresos" si actualmente tiene ingresos "cero".

Yo _____, certificar comopadre(s)/cuidador(es) legal(s) _____, tiene cero ingresos en el momento de la solicitud. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y reportada con precisión.

Firma del Padre/Cuidador Legal

Fecha de hoy

INFORMACIÓN DEL HOGAR

** Por favor enumere TODAS personas que viven en la dirección del hogar figura en esta solicitud, incluido el niño **

| Nombre | Fecha de nacimiento | Relación con el niño |
|----------------------------|---------------------|----------------------|
| <i>Ejemplo: Jane Smith</i> | <i>01/01/1988</i> | <i>Madre</i> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Número total de miembros de la familia en el home (incluido el niño): _____

¿Qué idioma se habla en el hogar la mayor parte del tiempo?

- Inglés Español Árabe Chino Hindi Vietnamita Otro: _____ (por favor especifique)

Lo que mejor describe la situación de vida actual de su familia:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Permanente | <input type="checkbox"/> Hotel/Motel |
| <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar o de emergencia | <input type="checkbox"/> Hospital por 30 días o menos |
| <input type="checkbox"/> Refugio para mujeres y niños maltratados | <input type="checkbox"/> Falta de adiciones nocturnas permanente |
| <input type="checkbox"/> Vivir con un amigo/familiar debido a la pérdida de vivienda | |

Formulario De Salario

Formulario De Solicitud De Nash/Edgecombe Pre-K

Para determinar la elegibilidad para los servicios de Pre-K de Nash/Edgecombe es necesario que presente un comprobante de ingresos.

****Si no tiene recibos de sueldo**, haga que su **empleador actual complete y firme** el siguiente formulario.

Enumere los salarios brutos de days antes del mes actual. Por favor complete para **cada** padre/guardián.

PADRE/GUARDIÁN #1: _____

Nombre del Empleador: _____ **Teléfono del Empleador:** _____

Cheque recibido: Una vez por semana Cada dos semana Dos veces al mes (ex. 1st & 15th) Una vez al mes

Complete utilizando la información de los últimos 30 días – Incluya El Pago De Horas Extras

| Período de pago | Pago bruto (ANTES deducciones) | Pago regular | Pago de horas extras (SI corresponde) |
|----------------------------|--------------------------------|--------------|---------------------------------------|
| Ejemplo: 5/12/19 – 5/25/19 | \$1,234.56 | \$1,000.00 | \$234.56 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Firma del Empleador: _____ **Fecha:** _____

Empleador/Empresa: _____

PADRE/GUARDIÁN #2: _____

Nombre del empleador: _____ **Teléfono del Empleador:** _____

Cheque recibido: Una vez por semana Cada dos semanas Dos veces al mes (ex. 1st & 15th) Una vez al mes

Complete utilizando la información de los últimos 30 días – Incluya El Pago De Horas Extras

| Período de pago | Pago bruto (ANTES deducciones) | Pago regular | Pago de horas extras (SI corresponde) |
|----------------------------|--------------------------------|--------------|---------------------------------------|
| Ejemplo: 5/12/19 – 5/25/19 | \$1,234.56 | \$1,000.00 | \$234.56 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Firma del Empleador: _____ **Fecha:** _____

Empleador/Empresa: _____

Responsabilidad Parental y Acuerdo

(Por favor, INICIAL para cada declaración)

Por favor, lea atentamente e inicie cada casilla para confirmar su comprensión y aceptación de sus responsabilidades.

| INICIAL AQUI | RESPONSABILIDAD Y ACUERDO DE PADRES |
|-----------------|---|
| | Autorizo a las agencias de Pre-K asociadas a Down East Partnership for Children, Edgecombe County Public Schools, Nash County Public Schools, Nash/Edgecombe Pre-K Programs y N.E.E.D, Inc. – Head Start para intercambiar información sobre mi hijo con el propósito de determinar la elegibilidad para los Programas de Pre-K financiados por el estado y federalmente y para la recopilación de datos por la Oficina de Aprendizaje Temprano y la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana. También autorizo a las agencias de Pre-K asociadas a compartir la información de contacto de mi familia con los socios de los condados de Nash/Edgecombe que sirven a niños de 4 años, si creen que mi hijo es elegible para otros programas comunitarios. |
| | Doy permiso para que mi hijo reciba exámenes de desarrollo, audición, visión, dentales y/o del habla y del lenguaje, y para que los resultados de estos exámenes se compartan con los programas de Pre-K asociados (Down Eat Partnership for Children; N.E.E.D, Inc. – Head Start; Programas Nash/Edgecombe Pre-K; Escuelas Públicas del Condado de Edgecombe; y las Escuelas Públicas del Condado de Nash). |
| | Entiendo que si mi hijo es seleccionado para participar, se espera un compromiso familiar. Me asociaré con el sitio de mi hijo y los maestros para ayudar a preparar a mi hijo para el éxito futuro. |
| | Entiendo que el transporte hacia y desde los programas de Pre-K será responsabilidad de la familia. Si mi programa Pre-K ofrece transporte, me adheriré a las reglas y regulaciones de sus políticas de transporte. |
| | Entiendo que si hay un cambio en la dirección, número de teléfono o asistencia de mi hijo en cualquier tipo de atención con licencia, o si hay un cambio en el tamaño de la familia o los ingresos familiares, es mi responsabilidad notificar a Down East Partnership for Children e informarles de cualquier cambio. |
| | Doy permiso para que mi hijo reciba una evaluación del desarrollo y para que los resultados de estas pruebas se compartan con DEPC y los programas de pre-kínder asociados. |
| | Entiendo que mi hijo necesitará un registro de inmunización actual, evaluación de salud actualizada (incluidos exámenes dentales, auditivos y de la vista) dentro de los <u>30 días</u> de su primer día para asistir a un programa de Pre-K. |
| | Entiendo que mi hijo puede ser colocado en una lista de espera. |

La tergiversación deliberada puede someterme a un proceso bajo las leyes NC. Mi paquete de solicitud está completo, y los ingresos se informan correctamente. Certifico que soy el padre/cuidador legal del niño cuyo nombre aparece en esta solicitud. Debe firmar a continuación.

Firma del Padre/Cuidador Legal

Fecha

Si no es el padre, la documentación oficial de tutela/custodia puede ser requerida

NASH/EDGEcombe PRE-KINDERGARTEN HEALTH ASSESSMENT REPORT

PARENT COMPLETE

Personal Data **Please bring your child's shot records with you to this visit**

Please Print Clearly – See other side for more required information. Please present completed form to your child's school.

Child's Name: _____ Birth Date: ____/____/20____ (mm/dd/yyyy)
(Last) (First) (Middle)

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Yes No

- Are you concerned about your child's health, weight, development, or behavior?
- Does anyone in your family have a condition that has affected their health, weight, development, or behavior? **(Please explain in the comments section)**
- Has your child been seen by a provider for any health, weight, development, or behavior concern?
- Has your child had a dental exam by a dentist in the last 12 months?
- Has your child had a well-child visit or check-up in the last 12 months?

Comments: _____

Parent/Guardian Name: _____ Phone: _____

Parental Consent: I agree to allow my child's health care provider and school personnel to discuss information on this form and allow the Department of Health and Human Services to collect and analyze information from this form to better understand health needs of children in NC. Signature: _____ Date: _____

HEALTH CARE PROVIDER COMPLETE

Recommendations to School Personnel Based on Health Assessment

- No Recommendations, Concerns, or Needs Requesting School Follow Up
- Medication
 - Child takes medication for specific health conditions List Medications: 1. _____ 3. _____
 - Medication must be given and/or available at school 2. _____ 4. _____
- Allergy
 - Food: _____ Insect: _____ Medicine: _____ Other: _____
 - Type of allergic reaction: Anaphylaxis Local Reaction Response Required: Epinephrine Auto-Injector Other: _____ None
- Developmental Concerns Identified – Child needs referral to school support team for further evaluation. **(See comments below)**
- Special Diet
 - Guidance: _____
- Health-Related Recommendations to Enhance School Performance *(For example: sitting near the front of classroom, special equipment needs).*
 - Please specify: _____
- School Health Forms Attached
 - School Medication Authorization Form Diabetes Care Plan Asthma Action Plan Health Care Plan(s) List Condition _____

Comments: _____

Was this assessment completed in the child's regular health care provider's office? Yes No
 If no, please provide a copy to the child's parent to give to the child's regular health care provider.

Health Care Professional's Certification – Attach a copy of the immunization record. Complete ALL screenings.

I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

Provider's Name: _____
 Provider's Signature: _____ Date: _____
 Practice/Clinic Name: _____
 Practice/Clinic Address: _____
 Practice Phone: _____ Fax: _____

Provider Stamp Here

Personal Data

Child's Birth Date: ___/___/20___ (mm/dd/yyyy)

Race: 1 Other Non-White 2 White 3 Black 4 American Indian 5 Chinese
 6 Japanese 7 Hawaiian 8 Filipino 9 Other Asian 10 Unknown

County of Residence: _____ Zip Code: _____

School your child will be attending: _____

Sex: 1 Male 2 Female

Hispanic or Latino Origin: 1 Yes 2 No

Child has: 1 Medicaid 2 Private Insurance/HMO 3 No Insurance 4 Other: _____

Place where your child gets regular health care:

1 Health Department 2 Hospital Clinic 3 Community Health Center 4 Private Doctor/HMO 5 Other: _____ 6 No regular place

Doctor/Practice Name: _____

Dentist Name: _____

Date of Health Assessment: ___/___/___ - Assessment must be completed no more than 12 months prior to child's first day of Pre-K

The health assessment must be conducted by a physician licensed to practice medicine, a physician's assistant as defined in General Statute 90-18, a certified nurse practitioner, or a public health nurse meeting the state standards for Health Check Services.

Immunizations – Attach a copy of the immunization record.

Pertinent Illnesses, Risks or Developmental Problems: (Please check all that apply)

- | | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergy | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy | <input type="checkbox"/> Enuresis (Daytime) | <input type="checkbox"/> Obesity | <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> At-Risk for TB |
| <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> At-Risk for Anemia | <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis | <input type="checkbox"/> Genetic Disorders | <input type="checkbox"/> Orthopedic Conditions | <input type="checkbox"/> Vision Disorders |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Dental Conditions | <input type="checkbox"/> Heart Conditions | <input type="checkbox"/> Prematurity (<32 wks. EGA) | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Attention/Learning | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hearing Disorders | <input type="checkbox"/> Seizures/Convulsions | <input type="checkbox"/> None |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder | <input type="checkbox"/> Emotional/Behavioral | <input type="checkbox"/> Kidney Disorders | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia <input type="checkbox"/> Trait | |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Leukemia | <input type="checkbox"/> Encopresis | <input type="checkbox"/> Lead (Hx of >10 mcg/dL) <input type="checkbox"/> At-Risk <input type="checkbox"/> Test Done | <input type="checkbox"/> Speech/Language | |

Screening Results – Screenings MUST be completed and scored for ALL children who may be enrolling in an NC Pre-K program.

| Developmental | Hearing | Vision | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|---------|---------|---------|---------|-------|--|--|--|------|--|--|--|--|--|-------|------|------------|------|------|------|-----|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| <p>Screening Tool(s) Used: <input type="checkbox"/> 1 PEDS <input type="checkbox"/> 4 PSC <input type="checkbox"/> 2 ASQ <input type="checkbox"/> 5 ASQ-SE</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Within Normal</td> <td style="text-align: center;">Concern Identified</td> <td style="text-align: center;">Referred to Specialist</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> <p>Developmental Domains:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Emotional/Social</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problem Solving</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Language/Communication</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fine Motor Skills</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gross Motor Skills</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Comments: _____</p> | Within Normal | Concern Identified | Referred to Specialist | 1 | 2 | 3 | Emotional/Social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problem Solving | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Language/Communication | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fine Motor Skills | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gross Motor Skills | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Hearing</th> <th style="width: 15%;">1000 Hz</th> <th style="width: 15%;">2000 Hz</th> <th style="width: 15%;">4000 Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Right</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Left</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box. Refer means any failure at any frequency in either ear at >20dB.</i></p> <p>Screening Tool Used: <input type="checkbox"/> 1 OAE <input type="checkbox"/> 2 Audiometry</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pass <input type="checkbox"/> 2 Scheduled for re-screen due to middle ear fluid. Re-screen appt. in _____ weeks. <input type="checkbox"/> 3 Referral to audiologist/ENT (check if YES) <input type="checkbox"/> 4 Child has previously diagnosed hearing loss. Screening is not necessary.</p> | Hearing | 1000 Hz | 2000 Hz | 4000 Hz | Right | | | | Left | | | | <p>Please remember that vision screening is not a substitute for a comprehensive eye examination.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">Right</th> <th style="width: 15%;">Left</th> <th style="width: 15%;">Stereopsis</th> <th style="width: 15%;">Pass</th> <th style="width: 15%;">Fail</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Far:</td> <td style="text-align: center;">20/</td> <td style="text-align: center;">20/</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Acuity Test Used:</p> <p>Was test performed with corrective lenses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pass (Acuity, Stereopsis, & Symptoms) <input type="checkbox"/> 2 Referral to eye doctor (check if YES) Refer if worse than 20/40 in either or both eyes, a two line difference between eyes, unable to test, failed stereopsis, or signs of disease. <input type="checkbox"/> 3 Child has a diagnosed vision condition and has had an eye exam in the last 12 months. Screening is not necessary.</p> | | Right | Left | Stereopsis | Pass | Fail | Far: | 20/ | 20/ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Within Normal | Concern Identified | Referred to Specialist | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Emotional/Social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Problem Solving | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Language/Communication | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fine Motor Skills | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gross Motor Skills | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hearing | 1000 Hz | 2000 Hz | 4000 Hz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Right | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Left | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Right | Left | Stereopsis | Pass | Fail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Far: | 20/ | 20/ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Physical Examination

Weight: _____ lbs. Height: _____ ft. _____ in.

Body Mass Index (BMI) – for age: _____

- 1 Underweight (< 5%ile)
 2 Healthy Weight (5%ile to < 85%ile)
 3 Overweight (85%ile to < 95%ile)
 4 Obese (>95%ile)

Blood Pressure: _____/_____

- 1 Within Normal Range
 2 >90th percentile (____%ile)

- | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Normal | Abnormal |
| | 1 | 2 |
| HEENT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dental/Oral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cardiac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abdomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neurological | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Back/Extremities | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Skin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comments: _____

