

Formulario de participación de First 5 Ventura County

Complete todas las secciones

INFORMACIÓN		Office use only			
SOBRE LA FAMILIA		Site:	Program:	Family GEMS ID #	
Apellido de la familia		Número telefónico de casa		Número telefónico alternativo	
Domicilio (número y calle)		Número de departamento	Ciudad	Código postal	
Número de familiares en su casa (incluyendo adultos— marque uno) 1 2 3 4 5 6 7+		Número de niños en su casa entre las edades de 0 a 5 años de edad (hasta la edad de 6 años).		1 2 3 4 5	
¿Qué idioma se habla con más frecuencia en su casa?					
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Otro Idioma _____					
Ingreso total de la familia los últimos 12 meses					
<input type="checkbox"/> Menos de \$10,000		<input type="checkbox"/> \$30,000 – menos de \$40,000		<input type="checkbox"/> Más de \$75,000	
<input type="checkbox"/> \$10,000 – menos de \$20,000		<input type="checkbox"/> \$40,000 – menos de \$50,000		<input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder	
<input type="checkbox"/> \$20,000 – menos de \$30,000		<input type="checkbox"/> \$50,000 – menos de \$75,000			
¿Actualmente dónde vive su familia? (Únicamente marque una casilla) Esta información será utilizada para determinar si su hijo califica para ayuda adicional bajo la "Ley del 2001 No Child Left Behind (ningún niño debe quedarse atrás)".					
<input type="checkbox"/> Vivienda unifamiliar		<input type="checkbox"/> En un refugio o programa de vivienda transitoria			
<input type="checkbox"/> Con una o más familias en casa o apartamento debido a dificultades económicas		<input type="checkbox"/> En un motel, carro, lugar para acampar			
		<input type="checkbox"/> Hogares de crianza u hogar de grupo			
¿Cómo se enteró usted de este programa? (Marque los que aplican)					
<input type="checkbox"/> Amigo o miembro de la familia		<input type="checkbox"/> Vecindario para aprendizaje (NFL)		<input type="checkbox"/> TV, periódico o radio	
<input type="checkbox"/> Por internet		<input type="checkbox"/> Folletos, volantes, etc.		<input type="checkbox"/> Doctor o enfermera	
		<input type="checkbox"/> Escuela o guardería/cuidado de niños		<input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Le gustaría recibir información tocante de seguro médico para la salud de sus hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Le gustaría recibir información tocante a servicios de evaluaciones de desarrollo para sus hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
ADULTO # 1	GEMS ID #	Office use only: Date Consent Signed ____/____/____			
Primer nombre del adulto	Apellido del adulto	Inicial del segundo nombre del adulto	Fecha de nacimiento del adulto ____/____/____ Mes / día / año		
Fecha de Inscripción ____/____/____ Mes / día / año	Género del Participante <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
Número del teléfono Celular	Número de teléfono del Trabajo	Correo Electrónico			
¿Cuál es su estado de empleo? <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado de media jornada <input type="checkbox"/> Empleado de jornada completa <input type="checkbox"/> Trabajo estacional <input type="checkbox"/> Empleo temporal <input type="checkbox"/> Padre de familia en casa <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder	¿Es padre soltero? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder	Tipo de familiar: <input type="checkbox"/> Padre de familia <input type="checkbox"/> Madre embarazada <input type="checkbox"/> Padres de crianza <input type="checkbox"/> Abuelo u otro familiar	¿Tiene usted un diploma de preparatoria (high school) o GED? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder		
Origen étnico del adulto: (marque sólo uno)					
<input type="checkbox"/> Alaska Nativo o Americano Nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino					
<input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____					
ADULTO # 2	GEMS ID #	Office use only: Date Consent Signed ____/____/____			
Primer nombre del adulto	Apellido del adulto	Inicial del segundo nombre del adulto	Fecha de nacimiento del adulto ____/____/____ Mes / día / año		
Fecha de Inscripción ____/____/____ Mes / día / año	Género del Participante <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
Número del teléfono Celular	Número de teléfono del Trabajo	Correo Electrónico			
¿Cuál es su estado de empleo? <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado de media jornada <input type="checkbox"/> Empleado de jornada completa <input type="checkbox"/> Trabajo estacional <input type="checkbox"/> Empleo temporal <input type="checkbox"/> Padre de familia en casa <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder	¿Es padre soltero? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder	Tipo de familiar: <input type="checkbox"/> Padre de familia <input type="checkbox"/> Madre embarazada <input type="checkbox"/> Padres de crianza <input type="checkbox"/> Abuelo u otro familiar	¿Tiene usted un diploma de preparatoria (high school) o GED? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder		

Origen étnico del adulto: (marque sólo uno)

- Alaska Nativo o Americano Nativo
 Asiático
 Negro/Africano-Americano
 Hispano/Latino
 Isleño del Pacífico
 Blanco
 Multirracial
 Otro _____

Formulario de participación de First 5 Ventura County

NIÑO #1 únicamente edad de 0 a 5

For Office Use Only: GEMS ID #

Special Needs Determination Yes No Don't know

Primer nombre del niño	Apellido del niño	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del niño ____/____/____ Mes / día / año	Género del niño <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
------------------------	-------------------	----------------------------	---	--

Origen étnico del niño: (marque sólo uno)

- Alaska Nativo o Americano Nativo
 Asiático
 Negro/Africano-Americano
 Hispano/Latino
 Isleño del Pacífico
 Blanco
 Multirracial
 Otro _____

¿Cuántos padres/tutores viven en casa con este niño? Uno Dos

¿Tiene su hijo/a algún tipo de seguro médico en este momento a través de un HMO, una compañía de seguros privada, Medi-Cal, ACE para niños aparte del condado de Ventura o Healthy Families (familias saludables)? Sí No Sin respuesta/prefiero no responder

¿Alguna vez le ha dicho un doctor o algún otro profesional que su hijo está atrasado en su desarrollo? Esto quiere decir que el niño se desarrolla más lento física/mentalmente comparado con otros niños de la misma edad. Sí No Sin respuesta/prefiero no responder

¿Algún doctor o profesional le ha dicho que su hijo tiene discapacidades o necesidades especiales? (marque los que aplican)

<input type="checkbox"/> Un trastorno emocional grave	<input type="checkbox"/> Discapacidad del habla	<input type="checkbox"/> Otra discapacidad de salud que dure 6 meses o más
<input type="checkbox"/> Una deficiencia específica de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sordera u otras discapacidades auditivas	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Autismo o trastorno generalizado de desarrollo	<input type="checkbox"/> Ceguera u otras discapacidades visuales	<input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no responder
	<input type="checkbox"/> Limitaciones ortopédicas	

¿Tiene su niño alguno de lo siguiente? (marque los que aplican) IEP IFSP Diagnóstico de trastornos mental

¿Tiene su hijo un doctor al cual visita regularmente? Si No Sin respuesta/prefiero no responder

¿Alguna vez su hijo ha tenido una cita con el doctor llamada: "visita de niño sano"? (es una cita con el doctor sin necesidad de estar enfermo o tener una lesión) Si, ¿cuándo?

<input type="checkbox"/> menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> de 3 a 6 meses		Sin respuesta
<input type="checkbox"/> de 6 a 12 meses		Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> más de 12 meses		

¿Tiene su hijo un dentista al cual visita regularmente? Si No Sin respuesta/prefiero no responder

Su hijo, ¿alguna vez ha tenido un exámen dental? Si, ¿cuándo?

<input type="checkbox"/> menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> de 3 a 6 meses		Sin respuesta
<input type="checkbox"/> de 6 a 12 meses		Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> más de 12 meses		

¿Alguna vez su hijo ha recibido una evaluación de la forma en que está desarrollando? Si, ¿cuándo?

<input type="checkbox"/> menos de 3 meses	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> de 3 a 6 meses		Sin respuesta
<input type="checkbox"/> de 6 a 12 meses		Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> más de 12 meses		

¿Está su hijo actualmente inscrito o estuvo inscrito previamente en una escuela preescolar?

Sí, mi hijo está matriculado en una escuela preescolar
 Sí, mi hijo asistió a la escuela preescolar en el pasado, pero no está inscrito actualmente.
 No, mi hijo nunca ha asistido a la escuela preescolar.

Si contestó "sí" a la pregunta anterior, significa que su hijo ha sido inscrito en un programa de escuela preescolar, ya sea ahora o en el pasado, por favor conteste las siguientes preguntas:

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del programa que su hijo asiste o asistió en el pasado? _____

Si su hijo ha sido inscrito en un programa de escuela preescolar, ya sea ahora o en el pasado, ¿cuántos meses aproximadamente ha asistido su hijo?

Si su hijo ha sido inscrito en un programa de escuela preescolar, ya sea ahora o en el pasado, ¿cuántas veces por semana por lo general ha asistido su hijo?

Marque uno

Días completos	1	2	3	4	5
Media jornada	1	2	3	4	5

NIÑO #2 únicamente edad de 0 a 5

For Office Use Only: GEMS ID #

Special Needs Determination Yes No Don't know

Primer nombre del niño	Apellido del niño	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del niño ____/____/____ Mes / día / año	Género del niño <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
------------------------	-------------------	----------------------------	---	--

