

CUIDADOR ADULTO PRIMARIO

Fecha de Inicio con HIPPY _____	Identificación/ # de Caso _____
Nombre _____	
Apellido _____	

NIÑO ADICIONAL DE HIPPY

ETO Data Entry Instructions: Families Program > Family Management

<input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Continuo <input type="radio"/> Reinscribirse	Fecha de Inicio con HIPPY _____	Identificación/ # de Caso _____
Nombre _____	Sexo	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino
Apellido _____	Dirección _____	Fecha de Nacimiento _____
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Idioma Primario <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Español <i>(Especificar)</i> _____	Idioma Secundario <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro <i>(Especificar)</i> _____	(MM/DD/AA)
Origen Primario Hispano o Latino <input type="radio"/> No Origen Hispano o Latino <input type="radio"/> Hispano o Latino _____ Especificar el Origen Primario Hispano	Raza (Identidad Racial del Individuo) <input type="radio"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="radio"/> Negro o Afroamericano <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> No Sabe	<i>(Especificar la Tribu Principal abajo)</i> <input type="radio"/> Asiático/Islands del Pacifico <input type="radio"/> Medio Este/África del Norte <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; text-align: center;"> _____ <i>Especificar Aquí</i> </div>

Nombre de Niño Adicional:

Identificación/# de Caso:

INFORMACIÓN DEL NIÑO ADICIONAL

ETO Data Entry Instructions: Families Program > Record NEW TouchPoint > Child Information TouchPoint

<p>Currículo de HIPPY</p> <p><input type="checkbox"/> Pequeños Aprendices, Edad 2</p> <p><input type="checkbox"/> Año 1, Edad 3</p> <p><input type="checkbox"/> Año 2, Edad 4</p> <p><input type="checkbox"/> Año 3, Edad 5</p> <p>Parentesco con el Niño HIPPY</p> <p><input type="radio"/> Madre</p> <p><input type="radio"/> Madrastra</p> <p><input type="radio"/> Madre Adoptiva</p> <p><input type="radio"/> Abuela</p> <p><input type="radio"/> Tía</p> <p><input type="radio"/> Otra Mujer</p> <p><input type="radio"/> Padre</p> <p><input type="radio"/> Padrastro</p> <p><input type="radio"/> Padre Adoptivo</p> <p><input type="radio"/> Abuelo</p> <p><input type="radio"/> Tío</p> <p><input type="radio"/> Otro Hombre</p> <p><i>(Especificar Otro Mujer/Hombre)</i></p>	<p>Los Servicios que el Niño <u>ACTUALMENTE</u> está Recibiendo</p> <p>¿Están actualizadas las vacunas del niño? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Chequeos Tempranos y Periódicamente, Diagnósticos, y Tratamiento (EPSDT)</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Privado</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Seguro Estatal para la Salud de los Niños (CHIP)</p> <p><input type="checkbox"/> Tri-Care / Military</p> <p>Nutrición</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Cupones de Alimento</p> <p><input type="checkbox"/> Gratis/Precio Reducido del Lunch</p> <p><input type="checkbox"/> WIC</p> <p>Educación y Cuidado del Niño</p> <p><input type="radio"/> Solamente HIPPY</p> <p><input type="radio"/> Head Start</p> <p><input type="radio"/> Jardín de Niños</p> <p><input type="radio"/> Pre-Jardín de Niños en la Escuela</p> <p><input type="radio"/> Cuidado de Niños en un Centro</p> <p><input type="radio"/> Cuidado de Niños en el Hogar (Licenciado o No-Licenciado)</p> <p><input type="radio"/> Cuidado por Amigos o Parientes</p> <p>Terapia</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Emocional/Comportamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Audición</p> <p><input type="checkbox"/> Ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> Física</p> <p><input type="checkbox"/> Habla</p> <p><input type="checkbox"/> Visión</p>
<p>Discapacidad del Niño</p> <p>Diagnóstico</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Si <i>(Especificar)</i></p> <p>Sospecha</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Si <i>(Especificar)</i></p>	<p>Misceláneos</p> <p><input type="radio"/> Ninguno</p> <p><input type="radio"/> Refugio para Indigentes</p> <p><input type="radio"/> Otro Programa de Visitante en el Hogar</p> <p><input type="radio"/> Otros Servicios Infantiles</p> <p><i>(Especificar Otros Servicios)</i></p>
<p><input type="radio"/> AmeriCorps</p> <p><input type="radio"/> Financiado por MIECHV</p> <p><input type="radio"/> Elegible por TANF</p> <p><input type="radio"/> Estudio Longitudinal del Participante</p> <p>Aprobada por la Oficina del Estado TANF</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Administrador de la Oficina del Estado:</p> <p>_____</p>	