|  |
| --- |
| **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* |
| 🔾 Nuevo | 🔾 Continuo | 🔾 Reinscribirse | **Fecha de Inicio con HIPPY** |  | **Identificación/****# de Caso** |  |
|  |
| **Nombre** |  | **Sexo** | 🔾Femenino |
| **Apellido** |  |  | 🔾Masculino |
| **Dirección** |  |  **Fecha de Nacimiento** |
| **Ciudad** |  | **Estado** |  | **Código Postal** |  |  ***(MM/DD/AA)*** |
|  |
| **Idioma Primario** | **Idioma Secundario** |
| 🔾 Ingles🔾 Español | 🔾 Otro ***(Especificar))***  |  | 🔾 Ingles🔾 Español | 🔾 Ninguno🔾 Otro ***(Especificar)*** |  |
|  |
| **Origen Primario Hispano o Latino** | **Raza (Identidad Racial del Individuo)** |
| 🔾 No Origen Hispano o Latino🔾 Hispano o Latino**Especificar el Origen Primario Hispano** | 🔾 Indio Americano/Nativo de Alaska🔾 Negro o Afroamericano🔾 Multirracial🔾 Blanco🔾 No Sabe | **(*Especificar la Tribu Principal abajo)*** 🔾 Asiático/Islas del Pacifico 🔾 Medio Este/África del Norte ***Especificar Aqui*** |

 **Nombre de Niño Adicional: Identificación/# de Caso:**

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL NIÑO ADICIONAL**  |
| ***ETO Data Entry Instructions:*** *Families Program > Record NEW TouchPoint > Child Information TouchPoint* |
| **Currículo de HIPPY**❑ Pequeños Aprendices, Edad 2❑ Año 1, Edad 3❑ Año 2, Edad 4❑ Año 3, Edad 5 | **Los Servicios que el Nino ACTUALMENTE está Recibiendo** |
| **¿Están actualizadas las vacunas del niño?** 🔾 Sí 🔾 No**Seguro**❑ Ninguno❑ Chequeos Tempranos y Periódicamente, Diagnósticos, y Tratamiento (EPSDT)❑ Medicaid❑ Privado❑ Programa de Seguro Estatal para la Salud de los Niños (CHIP)❑ Tri-Care / Military | **Terapia**❑ Ninguno❑ Emocional/Comportamiento❑ Audición❑ Ocupacional❑ Física❑ Habla❑ Visión |
| **Parentesco con el** **Niño HIPPY**🔾 Madre🔾 Madrastra🔾 Madre Adoptiva🔾 Abuela🔾 Tía🔾 Otra Mujer🔾 Padre🔾 Padrastro🔾 Padre Adoptivo🔾 Abuelo🔾 Tío🔾 Otro Hombre***(Especificar Otro Mujer/Hombre)*** |
| **Nutrición**❑ Ninguno❑ Cupones de Alimento❑ Gratis/Precio Reducido del Lunch❑ WIC | **Educación y Cuidado del Niño**🔾 Solamente HIPPY 🔾 Head Start🔾 Jardín de Niños🔾 Pre-Jardín de Niños en la Escuela 🔾 Cuidado de Niños en un Centro🔾 Cuidad de Niños en el Hogar (Licenciado o No-Licenciado)🔾 Cuidado por Amigos o Parientes**Misceláneos**🔾 Ninguno🔾 Refugio para Indigentes🔾 Otro Programa de Visitante en el Hogar🔾 Otros Servicios Infantiles***(Especificar Otros Servicios)*** |
| **Discapacidad del Niño** |
| **Diagnóstico** 🔾 No🔾 Si ***(Especificar)*** | **Sospecha**🔾 No🔾 Si ***(Especificar)*** |
| 🔾 **AmeriCorps**🔾 **Financiado por MIECHV**🔾 **Elegible por TANF**🔾 **Estudio Longitudinal del Participante** | **Aprobada por la Oficina del Estado TANF**🔾 **Sí** 🔾 **No****Administrador de la Oficina del Estado:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |