|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |