



A Program of Eastern Idaho Community Action Partnership

EICAP EARLY CHILDHOOD PROGRAMS HS/EHS

935 E. Lincoln Rd, Idaho Falls, ID 83401 Phone: (208) 522-5370 - Fax: (208) 542-1453

SOLICITUD PARA PROGRAMAS EDUCACION TEMPRANA EICAP HS/EHS

Estimado padre prospectivo,

Gracias por su interés en el Programa de Educación Infantil. Después de haber completado la solicitud, asegúrese de proporcionar toda la información necesaria para evitar cualquier retraso en el procesamiento y la aceptación de la solicitud de su hijo.

Por favor, siga los siguientes pasos para asegurarse de que su solicitud está completa.

1er Paso: Complete la solicitud y proporcionar los documentos a continuación

-Verificación de Ingresos- Identificar lo que ganó por los 12 meses anteriores. Uno de los siguientes
*** Declaración de impuestos reciente, W2, Talones de pago, declaración del empleador**

- Acta de nacimiento o tarjeta de cuna
- Registros de Vacunas
- Examen del Dentista
- Tarjeta de Seguro Social
- Examen del Pediatra

Si aplica, también proporcionará

Pensión alimenticia / Decreto de Divorcio	Verificación De Crianza Temporal	Beneficios de TANF
Contrato de Custodia	Sustento de Menores	Asistencia Pública
Orden de Protección / No Contacto	Becas Universitarias	Beneficios del Kin-care
Beneficios de Desempleo	Ingreso de Seguro Social (SSI /	

2ndo Paso: Regrese la aplicación completa a Head Start. Las aplicaciones pueden ser entregadas o enviadas por correo a:

En Persona

EICAP Head Start
935 E. Lincoln Road
Idaho Falls, ID 83401

Por Correo

EICAP Head Start
PO Box 51098
Idaho Falls, ID 83405

3er Paso: Una vez que usted proporciona su solicitud completa a Head Start, la revisaremos para verificar la elegibilidad. Vamos a pedir información adicional cuando sea necesario.

4to Paso: La Oficina Central se comunicará usted una vez que su hijo ha sido aceptado. Usted tendrá que asistir a una orientación obligatoria. Los detalles de la orientación serán proporcionados en la carta de aceptación

TRANSPORTATION: EICAP Early Childhood Programs does not provide transportation.

For Office/Center use only
Event/Center:



A Program of Eastern Idaho Community Action Partnership

EICAP EARLY CHILDHOOD PROGRAMS HS/EHS

935 E. Lincoln Rd, Idaho Falls, ID 83401 Phone: (208) 522-5370 - Fax: (208) 542-1453

Nombre completo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Genero: Nino Nina

El niño/a vive con: Mama Papa Ambos Padres Abuelos De crianza temporal Otro: _____

Información del Padre

Nombre de Mama: _____ # Celular _____ # Trabajo: _____

Nombre del Papa: _____ # Celular: _____ # Trabajo: _____

Entrada Anual: _____ # en la Familia: _____ # Viviendo en el hogar: _____ # de Adulos: _____ # de niños: _____

Información de Contacto

Dirección Corriente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Donde recibe el correo si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Email Address-Mama _____ Papa: _____

#Telefono de Familia: _____

CIRCUNSTANCIAS DE LA FAMILIA QUE AFECTAN EL BIENESTAR DE SU NIÑO(A) / FAMILIA (Marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuelo de custodia/parentesco | <input type="checkbox"/> Deportación | <input type="checkbox"/> Enfermedad terminal miembro de la familia inmediata |
| <input type="checkbox"/> Padre encarcelado | <input type="checkbox"/> Abandono | <input type="checkbox"/> Muerte reciente de miembro de la familia inmediata |
| <input type="checkbox"/> Salud mental/Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Violencia Domestica | <input type="checkbox"/> Divorcio reciente / separación legal |
| <input type="checkbox"/> Servicios designados por la corte | <input type="checkbox"/> Prematuro | |
| <input type="checkbox"/> Educación de Adultos (menos que un GED) | <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer | |
| <input type="checkbox"/> Soldado/Veterano | <input type="checkbox"/> Madre Joven (menos de 18) | |
| | <input type="checkbox"/> Tiempo en el NICU | |

Si marcó custodia abuelo / parentesco, Servicios Designados por la Corte, divorcio reciente, tendrá que presentar la documentación. Por favor, explique cualquiera de las circunstancias anteriores que usted marcó: _____

Está su familia actualmente involucrado con los Servicios de Protección de Menores? Si No Quién es tu trabajador social? _____

Tiene alguna preocupación acerca de su hijo Si No – Si marco si favor de explicar: _____

Se ha diagnosticado a su niño con discapacidad o PREOCUPACIÓN con cualquiera de los siguientes (marque todo lo que corresponda):
 Del Habla Lenguaje Audición Visión Motor Comportamiento Salud Alergias Otro:

Tiene su nino/a un plan de IFSP/IEP? Sí No No se

Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: ____/____/____

Staff Reviewing application: _____ Date: ____/____/____ Center: _____

Toda la información obtenida en esta aplicación se mantendrá confidencial y sólo con su permiso por escrito puede ser compartida.

<http://www.eicap.org/>

Demografía de la Familia

Nombre de Familia: _____

Nombre (Primer nombre y apellido)	Adulto de sostenimiento en la vida del niño/a?	Jefe de Familia?	Relación con el Niño/a?	Fecha de Nacimiento/DD/YY	Sexo M/F	Raza/Grupo Étnico
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

Lenguaje primario: Inglés Español Otro: _____ Lenguaje Secundario: _____

Habilidad de hablar Inglés: Bien Muy Bien No Bien No hablo Inglés

Cuidado de niños fuera del centro de Head Start - Asiste su niño/a a la guardería fuera de Head Start / EHS? Sí No

Si marco si, qué tipo de guardería? Cuidado parcial Distrito escolar Cuidado Familiar Un centro de guardería

Usa: Día completo, año completo o Día complete parte del año.

Su hijo/a (u otros niños) han inscrito en un programa de Head Start? Sí No

Si marco si, favor de nombrar el niño/a /lugar donde asiste: _____

Usted tendrá que firmar un documento con nuestra oficina EICAP Head Start para que podamos recuperar su información de la previa inscripción.

Cómo se enteró de Head Start? _____

Proveedores Médicos del niño/a (oficina/nombre del doctor): _____ Teléfono: _____

Proveedor de dentista del niño/a (oficina/nombre): _____ Teléfono: _____

Nombre de la aseguranza: _____ # de póliza: _____

Quién puede ponernos en contacto en caso de emergencia?

1) Nombre: _____ Relación: _____ Numero de Teléfono: _____

2) Nombre: _____ Relación: _____ Numero de Teléfono: _____

La información adjunta a esta solicitud es necesaria para EICAP para procesar su solicitud.

Toda la información obtenida en esta aplicación se mantendrá confidencial y sólo con su permiso por escrito puede ser compartida.
<http://www.eicap.org/>

Empleo y Educación

La siguiente información le ayudará a entender la composición demográfica de su familia. Head Start trabajará con usted y su familia para aumentar el conocimiento y las oportunidades en su comunidad. Por favor complete lo siguiente para usted y el co-jefe de su hogar. ** Por favor, marque todas las casillas que se apliquen a usted.

Nombre de la Cabeza de familia: _____

Usted ha graduado de secundaria? Sí No

Si no, ¿cuál es el grado más alto completado? 5^{to} – 8^{vo} 9^{no} 10^{imo} 11 12 (no diploma)

Formación Profesional ¿Ha asistido a una escuela comercial o de negocios? Si No

¿Recibió un certificado? SI No

¿Está dispuesto a proseguir entrenamiento laboral adicional? SI No

Empleado

Tiempo Completo

Tiempo Parcial

Por Temporada (no-agricultura)

Por Temporada (agricultura)

Estudiante (tiempo completo)

En el programa de entrenamiento laboral

Desempleados

Con experiencia laboral

Sin experiencia laboral

Ama de Casa

Retirado

Debido a Discapacidad

Buscando la Educación? ¿Está usted actualmente en el colegio? Si No

¿Qué tipo de colegio:

Secundaria /GED

Programa de Negocios de Comercio

Título Universitario

Jobs

JTPA

Job Corps

WIA

Programa de capacitación gubernamental:

Co-Jefe de Familia **Nombre:** _____

Usted ha graduado de secundaria? Sí No

Si no, ¿cuál es el grado más alto completado? 5^{to} – 8^{vo} 9^{no} 10^{imo} 11 12 (no diploma)

Formación Profesional ¿Ha asistido a una escuela comercial o de negocios? Si No

¿Recibió un certificado? SI No

¿Está dispuesto a proseguir entrenamiento laboral adicional? SI No

Empleado

Tiempo Completo

Tiempo Parcial

Por Temporada (no-agricultura)

Por Temporada (agricultura)

Estudiante (tiempo completo)

En el programa de entrenamiento laboral

Desempleados

Con experiencia laboral

Sin experiencia laboral

Ama de Casa

Retirado

Debido a Discapacidad

Buscando la Educación? ¿Está usted actualmente en el colegio? Sí No

¿Qué tipo de colegio:

Secundaria /GED

Programa de Negocios de Comercio

Título Universitario

Programa de capacitación gubernamental: Jobs

JTPA

Job Corps

WIA

Composición Familiar y Recursos

Nombre del Niño: _____

Tipo de Familia:

- Familia de dos padres Familia de un solo padre (figura de padre solamente) viviendo con una pareja
 Familia de un solo padre (figura de madre solamente) Familia de un solo padre (figura de madre solamente) viviendo con una pareja
 Familia de un solo padre (figura de padre solamente)

Tipo de Padres:

- Familia Biológica Familias de Crianza Temporera Padre (Viudo) Padre y Madrastra
 Abuelo Soltero Dos Abuelos Madre (viuda) Madre y Padrastro
 Otros parientes:

Tipo de Servicios y Asistencia Financiera Recibida (Marque todo lo que aplica):

- Asistencia Médica (ej. Medicaid/Medicare) Desempleo **
 Estampillas Asistencia de Vivienda Pública
 Asistencia Pública /Welfare (ej. TANF/AFDC)** Asistencia del Programa de Energía
 WIC Child support/alimony **
 Seguro Social Suplementario (SSI)** No recibo servicios
 Familia De Crianza Temporera/Subsidio de adopción (Niño de Head Start)** Otro: Especifique _____

**** Usted tendrá que presentar la documentación de los servicios señalado la estrella doble necesita muestra la cantidad que recibió en los 12 meses anteriores. Para aquellos que reciben tienen que presentar cantidad recibida en los últimos 12 meses aunque tengan un balance de 0.**

Si recibe asistencia pública, cuándo comienza a recibir los servicios: ____/____/____ Fecha de Terminación: ____/____/____

Ha aplicado la familia para recibir Seguro Social Suplementario? Si No

Tipo de Vivienda:

- Casa Sin vivienda Vivienda móvil/tráiler Refugio Comunitaria
 Apartamento Cuarto de hotel/motel Vivienda Emigrante Otro: _____

Pago de Vivienda:

- Casa propia No tiene pagos por vivienda Intercambio de servicios por vivienda
 Vivienda alquilada Receive subsidized housing otro: especifique _____

Tiempo en la dirección corriente: Menos de 6 meses 6 - 12 meses 1 - 2 años más de 2 años

Número de veces la familia se ha movido en los últimos 12 meses: 0 1 2 3 4+

La familia ha estado sin hogar en los últimos 12 meses? Si No (Si no, pase a la siguiente pregunta)

Duración de estar sin vivienda? Corrientemente sin hogar Menos de 1 mes 1-3 meses 3-6 meses Más de 6 meses.

Familia tiene forma de transportación? No Si

Vehículo privado Vehículo de amistad o familia Transportación Pública otro: _____

Vía alterna de transporte? No Si

Vehículo privado Vehículo de amistad o familia Transportación Pública otro: _____

Toda la información obtenida en esta solicitud se mantendrá confidencial y solo será compartida con su permiso.

EICAP HEAD START

Contactos de Emergencia

Sólo estas personas se les permitirá recoger a su hijo, hermanos deben ser mayores de 13 años para recoger a su hijo. Por favor, mantenga corriente este formulario. Todos los adultos deben tener una identificación con foto, incluyendo a los padres.
**** Si un adulto parece estar bajo la influencia de drogas o alcohol, el niño permanecerá en el centro y la policía serán notificados.****

Nombre del Niño de Head Start: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Contactos de Emergencia			
Contacto 1	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal	Estado
	Lengua	Teléfono #1	Teléfono #2
	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo
Contacto 2	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal	Ciudad
	Lengua	Teléfono #1	Teléfono #2
	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo
Contacto 3	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal	Ciudad
	Lengua	Teléfono #1	Teléfono #2
	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo

Contactos de Emergencia			
Contacto 4	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal	Estado
	Lengua	Teléfono #1	Teléfono #2
	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo
Contacto 5	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal	Ciudad
	Lengua	Teléfono #1	Teléfono #2
	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo
Contacto 6	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal	Ciudad
	Lengua	Teléfono #1	Teléfono #2
	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo

****Si ninguna persona autorizada se encuentra en el plazo de una hora de la clase, los miembros del personal se comunicarán con la policía local o con la protección de los niños para llevar al niño a un lugar seguro. El personal preparará apropiadamente al niño para este evento.****

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) _____ Fecha _____

Well Child Exam

Please Take this Form to Your Doctor
Favor de Llevar Esta Hoja a su Doctor

It is a Medicaid EPSDT requirement that a lead screening blood test be performed at 12 & 24 months (1 & 2 year olds) to determine a lead toxicity level for Medicaid-eligible children. Hematocrit or Hemoglobin done at 7-9 months and at 15 & 30 months if at risk

Child's Name: _____ Birth Date: ____/____/____

Parent's Name: _____ Exam Date: ____/____/____

1 Week 1 Month 2 Month 4 Month 6 Month 9 Month 12 Month
 15 Month 18 Month 24 Month 30 Month 36 Month 4 years 5 years

MEDICAL SERVICES RESULTS

Date: (if different from exam date)

Lead Screening _____ Normal Abnormal Not Examined ____/____/____

Blood Pressures ____/____ Normal Abnormal Not Examined

Blood Count HGB _____ HCT _____ Normal Abnormal Not Examined

Were immunizations given today? Yes No (If yes, please attach current immunization record)

HEALTH STATUS Does child have any of the following conditions (please check all that apply)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Asthma (respiratory issues) | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Chronic Infections (ear, sinus, etc.) | <input type="checkbox"/> Food Allergies | <input type="checkbox"/> Diarrhea |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Vision Problems | <input type="checkbox"/> Iron Deficiency |
| <input type="checkbox"/> Seizures | <input type="checkbox"/> Stomach Ache | <input type="checkbox"/> Vomiting |
| <input type="checkbox"/> Hearing Issues/Tubes | <input type="checkbox"/> Diabetes | |

Please explain any conditions identified above or list anything conditions not mentioned above:

- Yes No Was child referred to a dentist?
 Yes No Do you have any nutritional/health concerns about this child?
 Yes No Are there medications that need to be dispensed in the classroom?

If yes to any of the above, please explain: _____

- Yes No Is child up to date on a schedule of appropriate preventative and primary health care?
 Yes No Are you serving or will you be serving as this child's doctor (Medical Home)?

Physician Name (Print): _____ Signature: _____

Office Name: _____ Phone Number: _____

Does child have Medicaid or Private Insurance?

Medicaid Private

Insurance Name: _____

Policy Number: _____

Please Remit completed form to: EICAP Head Start • P.O. Box 51098 • Idaho Falls, ID 83401

Fax: (208) 542-1453 • Phone: (208) 522-5370/Center Fax: _____

Date Received: _____

Advocates will send this to "health forms" and upload it to the child's file under Health attachments.

EICAP Head Start Birth to Five Program Oral Assessment

Please take this form to your Dentist
Favor de Llevar esta Hoja a su Dentista

Service Date: _____	Services Rendered: (Please check all that apply)
Child's Name: _____	<input type="checkbox"/> Exam
Child's DOB: _____	<input type="checkbox"/> X-ray
Office Name: _____	<input type="checkbox"/> Child Cleaning/Prophy
Are you serving as this child's Dental Home? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sealant
Number of times child brushes a day? _____	<input type="checkbox"/> Fluoride
(Please circle one of each of the following.)	*Was a fluoride supplement discussed/prescribed at this appointment? _____
Flossing frequency: Daily Weekly Occasionally Never	<input type="checkbox"/> Oral Hygiene Instruction
Gum Condition: Normal Swollen Bleeds Easily Infected	<input type="checkbox"/> Restorations/Treatments **Please include a treatment plan of work completed during this appointment.
Results of appointment:	
<input type="checkbox"/> Child needs no further work at this time. Six month appointment set: _____	
OR	
<input type="checkbox"/> Further work is needed. Please include a copy of the treatment plan.	
<input type="checkbox"/> Follow up appointment is set for: _____	
<input type="checkbox"/> Anticipated number of appointments to complete treatment: _____	
OR	
<input type="checkbox"/> Treatment discontinued. Please Explain:	

Comments:	

I hereby certify that they services listed above have been performed.

Dentist Signature

Date

Office Phone Number

Please Return to:
EICAP Head Start
P.O. Box 51098
Idaho Falls, Idaho 83405
(208) 522-5370 ext. 1064
Fax: (208) 542-1453/Center Fax: _____



EICAP HEAD START



Eastern Idaho Community Action Partnership

PERMISSION TO RELEASE and/or EXCHANGE CONFIDENTIAL INFORMATION PERMISO PARA HACER PÚBLICO y/o INTERCAMBIAR INFORMACION CONFIDENCIAL

Child's Name: Nombre del Niño/a:		Child DOB: Fecha de Nacimiento:	
<i>I hereby authorize the release and joint sharing of pertinent information from the agency/person listed below: Yo autorizo el intercambio de información pertinente a la agencia/persona nombrada:</i>			
Agency: Agencia:	Eastern Idaho Public Health District		
Phone Number: Teléfono:	(208) 522-0310	Fax:	
Address: Direcció	1250 Hollipark Drive, Idaho Falls, ID 83401		
I authorize the above agency to: Autorizo a la agencia mencionada a:	Audit Child Immunizations Auditoría de Vacunas Para niños		
<i>I understand that the information obtained will be treated in a confidential manner and will not be transmitted to a third party and that <u>it is my right to request a copy of all information and contest any information that I feel is incorrect.</u> This release will be in effect for one year from the date signed below. Yo entiendo que la información obtenido será tratada en una manera confidencial y no será transmitida a una 3era persona <u>y es mi derecho pedir una copia de toda la información.</u> Este permiso se mantendrá en efectivo un ano de la fecha de la firma abajo.</i>			
Parent Signature: Firma del Padre:		Date: Fecha:	
Address: Phone: Dirección: Teléfono:			

Idaho Falls East Head Start
2171 Alan St., Idaho Falls, ID
83404 (208) 524-1462, Fax: (208)
524-7163

Idaho Falls West Head Start
935 Lincoln, Idaho Falls, ID
83401
(208) 552-0800, Fax: (208) 552-
3060

Blackfoot Head Start
PO Box 1176, Blackfoot, ID 83221
(208) 782-1064, Fax (208) 785-
7647

Driggs Head Start
215 North 5th E., Driggs, ID
83422 (208) 354-8233, (208)
354-3268

Salmon Head Start
31 Hwy 93 N. STE A, Salmon, ID 83467
(208) 756-3595, (208) 756-6308

Rexburg Head Start
55 W 2nd N, Rexburg, ID 83440
(208) 656-0782, Fax (208) 656-
0782



**EASTERN IDAHO COMMUNITY ACTION
PARTNERSHIP**

P.O. Box
51098 935 E.
Lincoln Rd
Idaho Falls, Idaho 83405
(208) 522-5391
FAX (208) 522-5453
1-800-632-4813

Estimado, Padres de Head Start,

Como padres o tutores, entendemos la importancia de asegurar el futuro de nuestros hijos. Sabier que nuestros niños estén sanos y felices es una gran parte de eso. Sabemos que llevar a nuestros hijos a exámenes regulares de examen de salud y dental. Sin embargo, un examen de salud importante que se olvida con frecuencia. Es la prueba de plomo en sangre. Este detecta niveles elevados de plomo en la sangre que pueden indicar envenenamiento por plomo. Los niveles altos de plomo puede perjudicar a su hijo en el crecimiento, el comportamiento y la capacidad de aprender.

Los niños deben ser examinados a partir de los 12-15 meses de edad. Si no probado anteriormente, los niños de 6 años de edad y menores deben ser examinados. El análisis de la sangre se completa con el médico del niño. La prueba es un pinchazo en el dedo simple para determinar el nivel de plomo en la sangre. Si el nivel es preocupante, el médico indicará un tratamiento adicional.

Seguro de Medicaid por lo general pagará por el examen de plomo en la sangre para su hijo y se puede realizar en el examen de salud.

Hable con su médico para obtener más información. _____

Si usted tiene alguna pregunta por favor llame al programa Head Start Especialista Servicios de Salud
(208) 522-5370 ext.1064.

Gracias,
Health and Nutrition Advisor
EICAP Head Start Birth to Five Program

