



Nash-Rocky Mount Public Schools



Edgecombe
County Public Schools



The Down East
Partnership
for Children

2020 – 2022

FORMULARIO DE SOLICITUD DE NASH / EDGEcombe PRE-K

Para participar en estos programas de pre-jardín de infantes, su hijo debe tener cuatro años cumplidos antes del 31 de agosto del año actual del programa y debe cumplir uno o más de los siguientes requisitos:

- El ingreso total de la familia es igual o menos del 75% del nivel de ingreso medio estatal
- El niño tiene una discapacidad de desarrollo identificada
- El niño tiene dominio limitado del inglés (LEP) según lo indicado por la familia y o el niño habla inglés limitado o no habla inglés en el hogar
- El niño tiene una necesidad educativa según indicado por los resultados de rendimiento del niño en un examen de desarrollo aprobado o en un Plan de Educación Individualizada (IEP) existente
- El niño tiene una condición de salud crónica indicado por un diagnóstico de un profesional de la salud.
- El niño y la familia son identificados como personas sin hogar.
- El niño es miembro de una familia militar elegible

** La determinación de elegibilidad no garantiza una colocación en un programa de pre-kínder. La ubicación también está determinada por la disponibilidad de fondos **

Complete la solicitud COMPLETA e incluya los siguientes archivos adjuntos:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento oficial | <input type="checkbox"/> Documentación escrita de cualquier otra fuente de ingresos: Seguridad Social (SSA), discapacidad de SSI, manutención de los hijos, etc. |
| <input type="checkbox"/> 30 días consecutivos de recibos de sueldo para los padres / tutores del niño o un formulario de salario completado firmado por el empleador (pagar la información debe ser no más de dos meses ante a la fecha de la solicitud) | <input type="checkbox"/> Copia del registro de vacunación actual. |
| <input type="checkbox"/> Copia del informe más reciente de evaluación de salud / visita de niño sano | <input type="checkbox"/> Dos (2) comprobantes de residencia (Ej. Factura actual de servicios públicos (solo gas, agua, luces), contrato de arrendamiento, hipoteca, impuesto la propiedad, licencia de conducir) |

Pre-K está disponible en una variedad de entornos en los condados de Nash y Edgecombe, incluidos centros privados de cuidado infantil, Head Start y escuelas públicas. La siguiente es una lista de proveedores de Pre-K para 2020-2021: revise la lista e indique sus preferencias de primer, segundo y tercer sitio.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apple Tree Wee – Rocky Mount | <input type="checkbox"/> Preescolar Joyland - Nashville |
| <input type="checkbox"/> AJ Richardson Head Start - Rocky Mount | <input type="checkbox"/> Little Grown Ups Child Care – Battleboro |
| <input type="checkbox"/> Head Start de Old Carriage Road - Rocky Mount | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil de San Esteban - Rocky Mount |
| <input type="checkbox"/> Escuelas públicas del condado de Edgecombe | <input type="checkbox"/> Stepping Stone Preescolar y Cuidado Infantil - Nashville |
| <input type="checkbox"/> Escuelas públicas de Nash-Rocky Mount | <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil Think and Grow # 3 – Tarboro |
| <input type="checkbox"/> Academia de Constructores de Fundaciones - Rocky Mount | |

1.a preferencia: _____ 2.a preferencia: _____ 3.a preferencia: _____

Revise toda la información para asegurarse de haber completado el formulario por completo. Debes firmar a continuación.

Los programas y agencias de Cuidado y Educación Temprana que pueden recibir una copia de este formulario incluyen:

- La Asociación del Este para los Niños
- Programas de prejardín de infantes de Nash / Edgecombe NC
- Programas de prejardín de infantes de las escuelas públicas de Nash / Edgecombe
- N.E.E.D, Inc. - Head Start

Doy permiso para que mi hijo sea evaluado y referido a los programas y agencias de Cuidado y Educación Temprana mencionados anteriormente, enviando al programa apropiado una copia de este formulario y cualquier otra información necesaria. Los representantes de cualquiera de los programas y agencias de Cuidado y Educación Temprana indicados tienen mi permiso para confirmar toda la información en este formulario.

Entiendo que se puede solicitar información adicional después de que se haya determinado mi elegibilidad para un programa en particular.

Certifico que toda la información anterior está sujeta a verificación, es verdadera y correcta y que todos los ingresos se informan lo mejor que puedo.

Firma del parent / tutor completando este formulario: _____ Fecha: _____

* Si el tutor firma, se requerirá documentación oficial de la tutela. *

INFORMACIÓN PARA PADRES / TUTORES

PRIMER PADRE / TUTOR - El niño debe vivir en el mismo hogar que las personas que se enumeran a continuación.

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____	
Relacion hacia el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Guardian/Custodian <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Direccion de casa: _____ (Por favor incluya zip) _____	Dirección de envío: _____ (Si es diferente al hogar - Incluya zip) _____
Condado en el que vive: <input type="checkbox"/> Nash <input type="checkbox"/> Edgecombe <input type="checkbox"/> Otro _____	Número de teléfono: _____ Segundo número de teléfono: _____
Etnia: ¿Es usted de ascendencia latina / hispana? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico (marque todo que corresponda) <input type="checkbox"/> Native American / Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern aplicar) <input type="checkbox"/> Otro _____	Estado civil: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Dirección de correo electrónico: _____	
Empleo / Estado de la escuela: <input type="checkbox"/> Empleado / Autónomo <input type="checkbox"/> Desempleado (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Asistiendo a capacitación laboral <input type="checkbox"/> Asistir a la escuela secundaria / GED <input type="checkbox"/> Asistiendo a la universidad	** Si está empleado debe proporcionar 30 días de recibos de sueldo o tener a su empleado complete el formulario de salario adjunto .** ** Los trabajadores independientes pueden presentar formulario de impuestos W-2 del año anterior.

¿Hay otro parente o tutor que vive en la casa con el niño? Si NO

** Si no hay un segundo parente en el hogar, debe marcar "NO" para evitar tener una solicitud incompleta **

SEGUNDO PADRE / TUTOR - Debe completar la información de cada parente en el hogar.

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____	
Relacion hacia el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Guardian/Custodian <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Etnia: ¿Es usted de ascendencia latina / hispana? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico (marque todo que corresponda) <input type="checkbox"/> Native American / Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern aplicar) <input type="checkbox"/> Otro _____	Estado civil: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Empleo / Estado de la escuela: <input type="checkbox"/> Empleado / Autónomo <input type="checkbox"/> Desempleado (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Asistiendo a capacitación laboral <input type="checkbox"/> Asistir a la escuela secundaria / GED <input type="checkbox"/> Asistiendo a la universidad	** Si está empleado debe proporcionar 30 días de recibos de sueldo o tener a su empleado complete el formulario de salario adjunto .** ** Los trabajadores independientes pueden presentar formulario de impuestos W-2 del año anterior.

ESTADO MILITAR DE PADRES / TUTORES

¿Este niño tiene un parente / tutor que es miembro activo del ejército? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene este niño un parente / tutor que resultó herido y / o está recibiendo jubilación por discapacidad militar o fue asesinado mientras cumplía un servicio militar activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN INFANTIL

Complete la información de cada niño que necesita servicios de Pre-K.

NIÑO/ NIÑA # 1

Nombre completo del niño: <i>(como en el certificado de Nacimiento)</i> _____		
Fecha del niño de nacimiento: _____	Niño <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Género: <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/>	Etnicidad del niño: ¿Es el niño de ascendencia latina / hispana? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Raza del niño: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <i>(marque todo aplicar)</i> <input type="checkbox"/> Native American / Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Con quién vive el niño? Estado familiar: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre y Padre <i>(marque uno solo)</i> <input type="checkbox"/> Tutor legal / custodio <input type="checkbox"/> Otro : _____	

INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

¿Cuál es el estado actual del cuidado infantil de su hijo?

Inscrito en un centro de cuidado infantil (centro u hogar)

Nombre de la instalación: _____

Previamente / ya no estaba inscrito en un centro de cuidado infantil

Niño atendido por un amigo, vecino o familiar

El padre se queda en casa con el niño

¿Cuál describe mejor su cuidado infantil?

estado de asistencia financiera?

Recibir asistencia con el cuidado de niños de:

Programa de Becas DEPC

Departamento de servicios sociales

NECESIDAD / Head Start

Otro: _____

No recibo asistencia con el cuidado de niños (pago el costo total)

NECESIDADES Y SERVICIOS ESPECIALES

¿Tiene su hijo un desarrollo o

desafío educativo? **Si** **No** **No lo se**

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación: _____

¿Tiene su hijo un desafío físico o

enfermedad crónica? **Sí** **NO**

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación: _____

¿Tiene su hijo una educación individualizada

Plan (IEP)? **Sí** **NO** **No lo sé**

NIÑO/ NIÑA # 2

Nombre completo del niño: <i>(como en el certificado de nacimiento)</i> _____		
Fecha del niño de nacimiento: _____	Niño <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Género: <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/>	Etnicidad del niño: ¿Es el niño de ascendencia latina / hispana? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Raza del niño: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <i>(marque todo aplicar)</i> <input type="checkbox"/> Native American / Alaskan <input type="checkbox"/> Middle Eastern <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Con quién vive el niño? Estado familiar: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre y Padre <i>(marque uno solo)</i> <input type="checkbox"/> Tutor legal / custodio <input type="checkbox"/> Otro : _____	

INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

¿Cuál es el estado actual del cuidado infantil de su hijo?

Inscrito en un centro de cuidado infantil (centro u hogar)

Nombre de la instalación: _____

Previamente / ya no estaba inscrito en un centro de cuidado infantil

Niño atendido por un amigo, vecino o familiar

El padre se queda en casa con el niño

¿Cuál describe mejor su cuidado infantil?

estado de asistencia financiera?

Recibir asistencia con el cuidado de niños de:

Programa de Becas DEPC

Departamento de servicios sociales

NECESIDAD / Head Start

Otro: _____

No recibo asistencia con el cuidado de niños (pago el costo total)

NECESIDADES Y SERVICIOS ESPECIALES

¿Tiene su hijo un desarrollo o

desafío educativo? **Si** **No** **No lo se**

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación: _____

¿Tiene su hijo un desafío físico o

enfermedad crónica? **Sí** **NO**

En caso afirmativo, explique y adjunte lo apropiado documentación: _____

¿Tiene su hijo una educación individualizada

Plan (IEP)? **Sí** **NO** **No lo sé**

INFORMACIÓN ADICIONAL DE INGRESOS

Enumere los montos de las siguientes fuentes de ingresos que recibe: escriba \$ 0 si no recibe ninguno.

Beneficios para veteranos: \$ _____ por mes Beneficios de desempleo: \$ _____ por mes
Seguro Social (SSA): _____ por mes Compensación de trabajadores: \$ _____ por mes
Discapacidad de SSI: \$ _____ por mes Otro: _____ \$ _____ por mes
Manutención de los hijos: \$ _____ por mes Otro: _____ \$ _____ por mes

**** Debe proporcionar documentación escrita para todas las fuentes de ingresos adicionales ****

INFORMACIÓN DEL HOGAR

**** Enumere a TODAS las personas que viven en la dirección del hogar que figura en esta solicitud, incluido el niño ****

Nombre Relación con el niño	Fecha de nacimiento	Relación con el niño
<i>Ejemplo: Jane Smith</i>	01/01/1988	Madre

Número total de miembros de la familia en el hogar (incluido el niño): _____

¿Qué idioma se habla en el hogar la mayor parte del tiempo?

Inglés Español Árabe Chino Hindi Vietnamita Otro: _____ (especifique) _____

Lo que mejor describe la situación de vida actual de su familia:

- Permanente
 - Personas sin hogar o refugio de emergencia para personas sin hogar
 - Refugio para mujeres y niños maltratados
 - Hotel/Motel
 - Hospital por 30 días o menos
 - Falta de dirección nocturna permanente

FORMULARIO DE SALARIO

Formulario De Solicitud De Nash/Edgecombe Pre-K

Para determinar la elegibilidad para los servicios de Pre-K de Nash/Edgecombe, es necesario que presente un comprobante de ingresos.

****Si no tiene recibos de sueldo,** haga que su **empleado actual complete y firme** el siguiente formulario.

Enumere los salarios brutos de 30 días antes del mes actual. Por favor complete para **cada** parent/guardián.

PADRE/GUARDIÁN #1 _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Recibo de sueldo: Una vez por semana Cada dos semanas Dos veces al mes (ex. 1st y 15th) Una vez al mes

Complete utilizando la información de los últimos 30 días – Incluya El Pago De Horas Extras

Período de pago	Salario bruto (deducciones ANTES de)	Pago regular	Pago de horas extras
Ejemplo: 5/12/19 – 5/25/19	\$1,234.56	\$1,000.00	\$234.56

Firma del Empleador: _____ Fecha: _____

Empleador/Empresa: _____

PADRE/GUARDIÁN #2 _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Recibo de sueldo: Una vez por semana Cada dos semanas Dos veces al mes (ex. 1st y 15th) Una vez al mes

Complete utilizando la información de los últimos 30 días – Incluya El Pago De Horas Extras

Período de pago	Salario bruto (deducciones ANTES de)	Pago regular	Pago de horas extras
Ejemplo: 5/12/19 – 5/25/19	\$1,234.56	\$1,000.00	\$234.56

Firma del Empleador: _____ Fecha: _____

Empleador/Empresa: _____

(Intencionalmente en blanco)

Nash/Edgecombe

Informe de Evaluación de Salud Pre-Kindergarten

Personal Data *Please bring your child's shot records with you to this visit*

Please Print Clearly – See other side for more required information. Please present completed form to your child's school.

Child's Name: _____
(Last) _____ (First) _____ (Middle) _____ Birth Date: ____/____/20____ (mm/dd/yyyy)

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Yes No

- Are you concerned about your child's health, weight, development, or behavior?
 Does anyone in your family have a condition that has affected their health, weight, development, or behavior? (Please explain in the comments section)
 Has your child been seen by a provider for any health, weight, development, or behavior concern?
 Has your child had a dental exam by a dentist in the last 12 months?
 Has your child had a well-child visit or check-up in the last 12 months?

Comments: _____

Parent/Guardian Name: _____ Phone: _____

Parental Consent: I agree to allow my child's health care provider and school personnel to discuss information on this form and allow the Department of Health and Human Services to collect and analyze information from this form to better understand health needs of children in NC. Signature: _____ Date: _____

Recommendations to School Personnel Based on Health Assessment No Recommendations, Concerns, or Needs Requesting School Follow Up Medication Child takes medication for specific health conditions

List Medications: 1. _____ 3. _____

 Medication must be given and/or available at school

2. _____ 4. _____

 Allergy Food: _____ Insect: _____ Medicine: _____ Other: _____Type of allergic reaction: Anaphylaxis Local Reaction Response Required: Epinephrine Auto-Injector Other: _____ None Developmental Concerns Identified – Child needs referral to school support team for further evaluation. (See comments below) Special Diet

Guidance: _____

 Health-Related Recommendations to Enhance School Performance (For example: sitting near the front of classroom, special equipment needs).

Please specify: _____

 School Health Forms Attached School Medication Authorization Form Diabetes Care Plan Asthma Action Plan Health Care Plan(s) List Condition _____

Comments: _____

Was this assessment completed in the child's regular health care provider's office? Yes No

If no, please provide a copy to the child's parent to give to the child's regular health care provider.

Health Care Professional's Certification – Attach a copy of the immunization record. Complete ALL screenings.*I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.*Provider Stamp Here

Provider's Name: _____

Provider's Signature: _____ Date: _____

Practice/Clinic Name: _____

Practice/Clinic Address: _____

Practice Phone: _____ Fax: _____

Personal Data

Child's Birth Date: ____/____/20____ (mm/dd/yyyy)

County of Residence: _____ Zip Code: _____

Race: 1 Other Non-White 2 White 3 Black 4 American Indian 5 Chinese 6 Japanese 7 Hawaiian 8 Filipino 9 Other Asian 10 Unknown

School your child will be attending: _____

Sex: 1 Male 2 FemaleHispanic or Latino Origin: 1 Yes 2 NoChild has: 1 Medicaid 2 Private Insurance/HMO 3 No Insurance 4 Other: _____

Place where your child gets regular health care:

 1 Health Department 2 Hospital Clinic 3 Community Health Center 4 Private Doctor/HMO 5 Other: _____ 6 No regular place

Doctor/Practice Name: _____

Dentist Name: _____

Date of Health Assessment: ____/____/____ - Assessment must be completed no more than 12 months prior to child's first day of Pre-K*The health assessment must be conducted by a physician licensed to practice medicine, a physician's assistant as defined in General Statute 90-18, a certified nurse practitioner, or a public health nurse meeting the state standards for Health Check Services.***Immunizations – Attach a copy of the immunization record.****Pertinent Illnesses, Risks or Developmental Problems:** (Please check all that apply)

- | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergy | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy | <input type="checkbox"/> Enuresis (Daytime) | <input type="checkbox"/> Obesity | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> At-Risk for TB |
| <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> At-Risk for Anemia | <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis | <input type="checkbox"/> Genetic Disorders | <input type="checkbox"/> Orthopedic Conditions | <input type="checkbox"/> Vision Disorders | |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Dental Conditions | <input type="checkbox"/> Heart Conditions | <input type="checkbox"/> Prematurity (<32 wks. EGA) | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Attention/Learning | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hearing Disorders | <input type="checkbox"/> Seizures/Convulsions | <input type="checkbox"/> None | |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder | <input type="checkbox"/> Emotional/Behavioral | <input type="checkbox"/> Kidney Disorders | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia <input type="checkbox"/> Trait | | |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Leukemia | <input type="checkbox"/> Encopresis | <input type="checkbox"/> Lead (Hg of >10 mcg/dL) | <input type="checkbox"/> At-Risk <input type="checkbox"/> Test Done | <input type="checkbox"/> Speech/Language | |

Screening Results – Screenings MUST be completed and scored for ALL children who may be enrolling in an NC Pre-K program.

Developmental			Hearing				Vision																																			
<u>Screening Tool(s) Used:</u> <input type="checkbox"/> 1 PEDS <input type="checkbox"/> 4 PSC <input type="checkbox"/> 2 ASQ <input type="checkbox"/> 5 ASQ-SE			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hearing</th> <th>1000 Hz</th> <th>2000 Hz</th> <th>4000 Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Right</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Left</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box. Refer means any failure at any frequency in either ear at >20dB.</p> <p><u>Developmental Domains:</u></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Emotional/Social</td> <td><input type="checkbox"/> Problem Solving</td> <td><input type="checkbox"/> Language/Communication</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fine Motor Skills</td> <td><input type="checkbox"/> Gross Motor Skills</td> <td><input type="checkbox"/> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Comments: _____</p>				Hearing	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	Right				Left				1	2	3	<input type="checkbox"/> Emotional/Social	<input type="checkbox"/> Problem Solving	<input type="checkbox"/> Language/Communication	<input type="checkbox"/> Fine Motor Skills	<input type="checkbox"/> Gross Motor Skills	<input type="checkbox"/>	<p><u>Please remember that vision screening is not a substitute for a comprehensive eye examination.</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Far:</th> <th>Right</th> <th>Left</th> <th>Stereopsis</th> <th><input type="checkbox"/> Pass</th> <th><input type="checkbox"/> Fail</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20/</td> <td>20/</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">Acuity Test Used:</td> </tr> </tbody> </table> <p>Was test performed with corrective lenses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Pass (Acuity, Stereopsis, & Symptoms) <input type="checkbox"/> 2 Referral to eye doctor (check if YES) Refer if worse than 20/40 in either or both eyes, a two line difference between eyes, unable to test, failed stereopsis, or signs of disease. <input type="checkbox"/> 3 Child has a diagnosed vision condition and has had an eye exam in the last 12 months. Screening is not necessary.</p>			Far:	Right	Left	Stereopsis	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	20/	20/			Acuity Test Used:	
Hearing	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz																																							
Right																																										
Left																																										
1	2	3																																								
<input type="checkbox"/> Emotional/Social	<input type="checkbox"/> Problem Solving	<input type="checkbox"/> Language/Communication																																								
<input type="checkbox"/> Fine Motor Skills	<input type="checkbox"/> Gross Motor Skills	<input type="checkbox"/>																																								
Far:	Right	Left	Stereopsis	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail																																					
20/	20/			Acuity Test Used:																																						

Physical Examination

Weight: ____ lbs. Height: ____ ft. ____ in.

Body Mass Index (BMI) – for age: _____

- 1 Underweight (< 5%ile)
 2 Healthy Weight (5%ile to < 85%ile)
 3 Overweight (85%ile to < 95%ile)
 4 Obese (>95%ile)

Blood Pressure: ____ / ____

- 1 Within Normal Range
 2 >90th percentile (____ %ile)

Normal Abnormal

HEENT	1	2
Dental/Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Back/Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comments: _____

