

Child Information

Nombre del niño _____ Apellido del niño _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha de inscripción _____

Número de semanas de nacimiento prematuro _____ (0=not premature/ 0=no prematuro)

Nombre del cuidador principal: _____

Relación del niño al cuidador principal (marque una):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Son/ Hijo | <input type="checkbox"/> Foster Child/ Hijo/a de acogida | <input type="checkbox"/> Nephew/ Sobrino |
| <input type="checkbox"/> Sibling/ Hermano/a | <input type="checkbox"/> Niece/ Sobrina | <input type="checkbox"/> Other/ Otro |
| <input type="checkbox"/> Daughter/ Hija | <input type="checkbox"/> Grandchild/ Nieto/a | |

¿Tiene el niño un IEP o IFSP? IEP IFSP None/ No Unknown/ Desconocido

Contact Information

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal/ZIP: _____

Teléfono: _____

Child Demographics

Sexo del niño: Male/Varón Female/Mujer

Grupo étnico del niño

- Hispanic/Latino/Spanish Origin/ Hispánico/Latino/Origen Español
- Non-Hispanic/Non-Latino/Not Spanish Origin/ No Hispánico/No Latino/No de Origen Español

Raza del niño (marque todos los que correspondan):

- African American or Black/ Africano Americano
- American Indian or Alaska Native/ Americano Nativo o Nativo de Alaska
- Asian/ Asiático
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander/ Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico
- White/ Blanco
- Other/ Otro _____

¿Tiene este niño una discapacidad, según la definición de IDEA? (Como discapacidad se refiere a una condición física o mental que limita movimientos, sentidos, o actividades de una persona.)

- Yes/ Sí
- No/ No

¿El niño habla un idioma aparte del inglés en casa?

- Yes/ Sí
- No/ No

Idioma principal del niño (marque una):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> English/ inglés | <input type="checkbox"/> Arabic/ árabe | <input type="checkbox"/> Chinese/ chino |
| <input type="checkbox"/> Italian / italiano | <input type="checkbox"/> Japanese/ japonés | <input type="checkbox"/> Korean/ coreano |
| <input type="checkbox"/> Russian/ ruso | <input type="checkbox"/> Spanish/ español | <input type="checkbox"/> Tagalog/ filipino |
| <input type="checkbox"/> Vietnamese/ vietnamita | <input type="checkbox"/> Tribal Language/ idioma tribal | <input type="checkbox"/> French/ francés |
| <input type="checkbox"/> Polish/ polaco | | <input type="checkbox"/> Other/ otro |

Seguro médico del niño (marque una):

- Medicaid/State Medical Insurance Program (Title XXI/KanCare)/ Medicaid/Seguro médico del estado
- No Insurance Coverage/ Sin seguro médico
- Private or other/ Privado u otro
- Tri-care (Military Insurance)/ Tri-care (seguro médico militar)

At-Risk Criteria

¿Participa el niño en Parte B Asistencia para la Educación de Todos los Niños con Discapacidad?

- Yes/ Sí
- No/ No

¿Participa el niño en Parte C Servicios de Intervención Temprana?

- Yes/ Sí
- No/ No