



Formulario de Recomendación para Head Start y WIC



Este formulario de recomendación es para compartir información de los clientes entre los programas Head Start y WIC de Arizona. Este formulario se tiene que llenar y compartir con la agencia que lo solicite dentro de dos (2) semanas de la Fecha de Recomendación. Si el cliente tiene que regresar para medidas dentro de 2 semanas, por favor guarde esta forma para esa siguiente visita. Si no, llénela con las medidas más recientes.

Por favor llene TODAS las secciones que tiene un *.

Estado de participación*

Actualmente participa en Head Start

Actualmente no participa en Head Start

Actualmente participa en WIC

Actualmente no participa en WIC

Fecha de Recomendación (MM/DD/YYYY)*

Nombre completo del niño (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)*

Fecha de nacimiento del niño (Mes/Día/Año)*

Nombre completo de Representantes autorizados/Cuidadores (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)*

Número de teléfono de contacto de la familiar*

Altura

Fecha en que se tomó

Peso

Fecha en que se tomó

Hemoglobina

Fecha en que se tomó

Información de contacto de la clínica que recomienda WIC/Head*

Nombre del miembro del personal que llenó el formulario*

Opcional: Para que lo llenen los participantes

Esta sección es para verificar el permiso para que lo contacten los programas para promoción e inscripción, aparte de la información que se le da en este formulario. Por favor repáselo con el Representante/cuidador autorizado. El programa seleccionado abajo será la agencia que reciba el formulario de recomendación.

¿Le gustaría que le contactara [circule una agencia] WIC o Head Start para saber más del programa? (Por favor marque uno).

Si

No

Firma del Representante/cuidador autorizado.