



## Enrollment and Parent Orientation Appointment Checklist

Congratulations! Your child has been accepted into the Early Head Start/Head Start Program.

Center Name & Address

---

---

---

Before your child begins school, we will need to complete an enrollment packet. Your appointment to complete the enrollment packet is:

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
Phone Number: \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

Please come to your appointment prepared with the following documents. If you are unable to locate these documents, please contact us to reschedule your appointment.

- o **Names, phone numbers of emergency contacts (minimum 3 contacts)**
- o **Immunization record** all immunizations must be current and up to date
- o **Court documents** regarding child custody arrangement(s) or restraining orders (if applicable).
- o **A doctor's note stating food allergies and accommodations needed** (if applicable).
- o **A current IEP/IFSP** (if applicable).
- o **A doctor's note if your child takes medication during school hours.** Ask us if you need a form to be completed by your child's doctor before they start school.

**All the items listed above are required by Community Care Licensing. We will need to reschedule your enrollment appointment if we are unable to complete your enrollment packet because you are missing any of the documents that apply to your child.**

**If you are not able to produce the documents listed above, we will need to place your child back on the waitlist and move to the next child on the waitlist.**

**We look forward to working with you and your child.**



## Lista de Verificación para la Cita de Inscripción y Orientación de Padres

¡Felicidades! Su hijo/a ha sido aceptado en el Programa de Early Head Start/Head Start.

Nombre del Centro y Dirección

---

---

---

Antes de que su hijo/a comience la escuela, tendremos que completar un paquete de inscripción. Su cita para completar el paquete de inscripción es:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono : \_\_\_\_\_ Correo electrónico : \_\_\_\_\_

Por favor, venga a su cita preparado/a con los siguientes documentos. Si no puede localizar estos documentos, contáctenos para reprogramar su cita.

- o **Nombres y números de teléfono de los contactos de emergencia (mínimo 3 contactos)**
  - o **Registro de vacunas** todas las vacunas deben estar actualizadas
  - o **Documentos de la corte** relacionados con los acuerdos de custodia de los hijos u órdenes de restricción (si corresponde).
  - o **Una nota del médico que indique las alergias alimentarias y las adaptaciones necesarias** (si corresponde).
  - o **Un IEP/IFSP actual** (si corresponde).
  - o **Nota del médico por si su hijo/a toma medicamentos durante el horario escolar.**
- Pregúntenos si necesita un formulario completado por el médico de su hijo/a antes de comenzar la escuela.

**Todos los artículos incluidos arriba son requeridos por Community Care Licensing. Si no podemos completar su paquete de inscripción porque le falta alguno de los documentos que se aplica a su hijo/a, tendremos que reprogramar su cita de inscripción.**

**Si no puede presentar los documentos enumerados anteriormente, tendremos que colocar a su hijo de regreso a la lista de espera y pasar al siguiente niño de la lista de espera.**

**Esperamos trabajar con usted y su hijo/a.**



## **MAAC Child Development Program Notice of Privacy Practices**

THIS NOTICE DESCRIBES HOW INFORMATION ABOUT YOU AND YOUR CHILD MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN ACCESS THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

**Effective Date: May 1, 2018**  
**Required by Federal Regulation 45 CFR 164.520**

### **Our Pledge Regarding Your Information:**

We understand that information about you and your status is confidential. We are committed to protecting the privacy of this information. Any records we maintain we need in order to provide you with quality care and to comply with legal requirements. This notice describes your information privacy rights and the obligations MAAC CDP has regarding how we may use and disclose your information.

### **Our Responsibilities**

Federal and California law makes us responsible for safeguarding your personal health information. We must provide you with this notice of our privacy practices and follow the terms of the notice currently in effect.

**Changes to this notice:** We reserve the right to change this notice. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for information we already have on file about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice throughout our organization.

### **How We May Use and Disclose Information About You:**

The following categories describe different ways that we use your information within MAAC and disclose your information to persons and entities outside of MAAC. We have not listed every use of disclosure within the categories below, but all permitted uses and disclosures will fall within one of the following categories. In addition, some uses and disclosures will require your specific authorization.

### **Training:**

Your information may be used to provide or coordinate other services within MAAC. Information about you may be disclosed to coordinators, department managers, program director or other allied professionals employed by MAAC for the purpose of coordinating training and supplemental services for you or your children.

### **Continuous Quality Improvement:**

Uses and disclosures of information are necessary to assure that all of our clients receive quality services. We may use and disclose relevant information about you to staff and managers within the organization involved in quality assurance utilization review.

### **Special Situations That Do Not Require Your Authorization:**

California and federal law permits the following disclosures of your information without any verbal or written permission from you:

#### **Averting a Serious Threat to Health or Safety:**

When necessary, we may use and disclose information about you to prevent a serious threat to your health or safety or to the health and safety of another person or to the public.

#### **Abuse Related Concerns:**

We may disclose information about you to report cases of suspected child, dependent adult and elder abuse or neglect.

#### **Legal Requirements:**

We will disclose information about you without your permission when required to do so by federal or California laws.

#### **Lawsuits/Disputes/Law Enforcement:**

If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose information about you in response to a court order, administrative order, warrant, summons or similar process. We may disclose information about you to law enforcement to identify the victim of a crime if, under certain circumstances, we are unable to obtain the person's authorization. We may also release information to law enforcement regarding criminal conduct occurring in our facilities. In emergency



## **Notificación de Prácticas de Privacidad del Programa de Desarrollo Infantil de MAAC**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE USTED Y SU HIJO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEALO ATTENTAMENTE.

**Fecha de vigencia: 1 de mayo de 2018**  
**Requerido por el Reglamento Federal 45 CFR 164.520**

### **Nuestro Compromiso con Respecto a Su Información:**

Entendemos que la información sobre usted y su estatus es confidencial. Nos comprometemos a proteger la privacidad de esta información. Todos los registros que mantenemos los necesitamos para brindarle atención de calidad y cumplir con los requisitos legales. Este aviso describe sus derechos de privacidad de información y las obligaciones que MAAC CDP tiene con respecto a cómo podemos usar y divulgar su información.

### **Nuestras Responsabilidades**

Las leyes Federales y de California nos hacen responsables de proteger su información personal de salud. Debemos proporcionarle este aviso de nuestras prácticas de privacidad y seguir los términos del aviso actualmente vigente

### **Cambios a este Aviso:**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado entre en vigencia para la información que ya tenemos en nuestros archivos, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en toda nuestra organización.

### **Cómo Podemos Usar y Divulgar Información Sobre Usted:**

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que usamos su información dentro de MAAC y divulgamos su información a personas y entidades fuera de MAAC. No hemos incluido todos los usos de la divulgación dentro de las siguientes categorías, pero todos los usos y divulgaciones permitidos se incluirán en una de las siguientes categorías. Además, algunos usos y divulgaciones requerirán su autorización específica.

### **Formación:**

Su información puede ser utilizada para proporcionar o coordinar otros servicios dentro de MAAC. La información sobre usted puede divulgarse a los coordinadores, administradores de departamentos, director del programa u otros profesionales aliados empleados por MAAC con el fin de coordinar la capacitación y los servicios suplementarios para usted o sus hijos.

### **Mejora de la Calidad Continua:**

Los usos y divulgaciones de información son necesarios para asegurar que todos nuestros clientes reciban servicios de calidad. Podemos usar y divulgar información relevante sobre usted al personal y a los administradores dentro de la organización involucrados en la revisión de utilización de garantía de calidad.

### **Situaciones Especiales Que No Requieren Su Autorización:**

Las leyes Federales y de California permiten las siguientes divulgaciones de su información sin su permiso verbal o por escrito:

#### **Evitando una Amenaza Seria a la Salud o la Seguridad:**

Cuando sea necesario, podemos usar y divulgar información sobre usted para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud y seguridad de otra persona o al público

#### **Preocupaciones Relacionadas con el Abuso:**

Podemos divulgar información sobre usted para informar casos de sospecha de abuso o negligencia infantil, adultos dependientes y ancianos.

#### **Requerimientos Legales:**

Revelaremos información sobre usted sin su permiso cuando así lo exijan las leyes Federales o de California.

#### **Demandas/Disputas/Aplicación de la Ley:**

Si está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una orden judicial, orden administrativa, orden de registro, citación o proceso similar. Podemos divulgar información sobre usted a la

circumstances, your information may be disclosed to report a crime, the location of the crime or victims, or the identity, description or location of the person who committed the crime.

**With Your Verbal Agreement:**

With your verbal agreement, we may disclose information about you or your child to a family member or friend who is involved in the care of your child.

**Situations Requiring Your Written Authorization:**

If there are reasons we need to use your information that have not been described in the sections above, we will obtain your written permission. The permission is described as a written "authorization." If you authorize us to use or disclose information about you, you may revoke that authorization in writing at any time. If you revoke your authorization, we will no longer use or disclose information about you for reasons stated in your written authorization. Please understand that we are unable to reverse any disclosures that we have already made with your permission, and we are required to retain our records of the training, care and services we provide to you.

**Marketing:**

We will obtain your authorization for MAAC marketing activities. MAAC will obtain your permission to display images of your child on any publicly viewable material whether it be physical fliers or online material.

**Your Rights Regarding Information About You:** You have the following rights regarding information we maintain about you. You may ask your parent educator for information and instructions for exercising the following rights:

**You have the right to:**

- 1. Obtain a copy of MAAC CDP's Notice of Privacy Practices**
- 2. Request a restriction on certain uses and disclosures of your information.**
- 3. Inspect and request a copy of your records.**

This request must be in writing and directed to center office where your child/children are enrolled. We may deny your request under limited circumstances, generally because your educator may deem that the information may affect you adversely. If you are denied access to your information, the reason for the denial will be reviewed and approved in writing by the Director of Child Development or a Designee.

- 4. Request an amendment to your child's records, if you feel the information is incorrect or incomplete.**

Your request must be made in writing and it must include a reason that supports the request. We may deny your request if the information was not created by our staff, if it is not part of the information kept by our agency, if it is not part of the information which you are permitted to inspect and copy, or if the information is accurate and complete as stated.

**Please note:** If we accept your request for amendment, we are not required to delete any information from your record.

- 5. Obtain an accounting of disclosures to others of your information.**

The accounting will provide information about disclosures made for purposes other than treatment, payment, agency operations, disclosures excluded by law or those you have authorized.

- 6. Request confidential communications.**

You have the right to request that we communicate with you about your information in a certain way or a certain location. For example, you may ask that we only contact you at work or by mail. We will accommodate all requests that are reasonable based on our system capabilities. Your request must be in writing and specify the exact changes you are requesting.

- 7. Revoke your authorization.**

You have the right to revoke your authorization for the use or disclosure of your information except to the extent that action has already been taken.

- 8. If you have a complaint about any aspect of our information practices, please contact the Assistant Director of Programs, Child Development at (760) 471-4210 ext 2312.**

policía para identificar a la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias, no podemos obtener la autorización de la persona.

**Con Su Acuerdo Verbal:**

Con su acuerdo verbal, podemos divulgar información sobre usted o su hijo a un familiar o amigo que esté involucrado en el cuidado de su hijo.

**Situaciones Que Requieren Su Autorización Por Escrito:**

Si hay razones por las cuales necesitamos usar su información que no se han descrito en las secciones anteriores, obtendremos su permiso por escrito. El permiso se describe como una "autorización" escrita. Si nos autoriza a utilizar o divulgar información sobre usted, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información por los motivos que se especifican en su autorización escrita. Tenga en cuenta que no podemos revertir las divulgaciones que ya hemos hecho con su permiso, y estamos obligados a conservar nuestros registros de la capacitación, la atención y los servicios que le brindamos.

**Mercadeo:**

Obtendremos su autorización para las actividades de mercadeo de MAAC. MAAC obtendrá su permiso para mostrar imágenes de su hijo en cualquier material visible públicamente, ya sean volantes físicos o material en línea.

**Sus Derechos Con Respecto A La Información Sobre Usted:**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información que mantenemos sobre usted. Puede pedirle a su educador de padres información e instrucciones para ejercer los siguientes derechos:

**Usted Tiene El Derecho A:**

1. **Obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Maac CDP.**
2. **Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información.**
3. **Inspeccione y solicite una copia de sus registros.**

Esta solicitud debe ser por escrito y dirigida a la oficina del centro donde están inscritos su hijo/hijos. Podemos negar su solicitud en circunstancias limitadas, generalmente porque su educador puede considerar que la información puede afectarlo adversamente. Si se le niega el acceso a su información, la razón de la denegación será revisada y aprobada por escrito por el Director de Desarrollo Infantil o una persona Designada.

4. **Solicite una enmienda a los registros de su hijo, si considera que la información es incorrecta o incompleta.**

Su solicitud debe hacerse por escrito y debe incluir un motivo que respalde la solicitud. Podemos negar su solicitud si la información no fue creada por nuestro personal, si no es parte de la información guardada por nuestra agencia, si no es parte de la información que se le permite inspeccionar y copiar, o si la información es preciso y completo como se indica.

**Tenga en cuenta:** Si aceptamos su solicitud de modificación, no estamos obligados a eliminar ninguna información de su registro.

5. **Obtener una lista de las divulgaciones a terceros de su información.**

El informe proporcionará información sobre las divulgaciones hechas a los efectos de las divulgaciones realizadas para fines que no sean de tratamiento, pago, operaciones de agencia, divulgaciones excluidas por ley o aquellas que usted haya autorizado.

6. **Solicitar comunicaciones confidenciales.**

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo lo contactemos en el trabajo o por correo. Nos adaptaremos a todas las solicitudes que sean razonables en función de las capacidades de nuestro sistema. Su solicitud debe ser por escrito y especificar los cambios exactos que está solicitando

7. **Revocar su autorización.**

Usted tiene el derecho a revocar su autorización para el uso o divulgación de su información, excepto en la medida en que la acción ya haya sido tomada.

8. **Si tiene alguna queja sobre algún aspecto de nuestras prácticas de información, comuníquese con el Director Asistente de Programas de Desarrollo Infantil al (760) 471-4210 ext. 2312.**



### CHDP MEDICAL PROVIDERS & TB SCREENINGS

<b>San Marcos</b>	True Care Health Services - San Marcos Health Center	150 Valpreda Road, San Marcos, CA 92069	(760) 736-6767
<b>Oceanside</b>	True Care Health Services	408 Cassidy, Oceanside, CA 92054	(760) 757-4566
	Mission Mesa Pediatrics	2210 Mesa Blvd. Suite 12, Oceanside, CA 92056	(760) 966-3306
	Vista Community Clinic – Pier View	818 Pier View Way, Oceanside, CA 92054	(760) 631-5250
<b>Carlsbad</b>	True Care Health Services - Carlsbad Family Medicine	3350 Madison Street, Carlsbad, CA 92008	(760) 720-7766
<b>Vista</b>	Vista Community Clinic	1000 Vale Terrace, Vista, CA 92084	(760) 631-5000
	Tri-City Community- Health Center	161 Thunder Drive #212, Vista, CA 92085	(760) 631-5220
	Children’s Primary Care Assoc.- Medical Group Inc.	2067 W. Vista Way #180, Vista, CA 92083	(760) 945-3434
<b>Fallbrook</b>	Community Health Systems - Fallbrook Family Health Center	617 E. Alvarado, Fallbrook, CA 92028	(760) 728-3816
<b>Pauma Valley</b>	Neighborhood Health Care	16650 HWY 76, Pauma Valley, CA 92061	(760) 742-9919
	Indian Health Council	Hwy S-6 & Golsh Roads P.O. Box 406, Pauma Valley, CA 92061	(760) 749-141
	Leo Charles Craychee, MD- Medical Clinic	28714 Valley Center Rd., Valley Center, Ca 92082	(760) 749-7770
<b>Escondido</b>	Neighborhood Health Care	460 E. Valley Parkway, Escondido, CA 92025	(760) 737-2008
	Las Palmas Medical Group	750 E. Grand Ave Suite B/C, Escondido, CA 92025	(760) 621-6388
	Mountain Health & Community Services	255 N. Ash Street, Suite 101, Escondido, CA 92027	(760) 745-5832
<b>South Region</b>	Family Health Center of San Diego	251 Landis Avenue, Chula Vista, CA 91910	(619) 515-2500
	Imperial Beach Health Center	949 Palm Avenue, Imperial Beach, CA 91932	(619) 429-7333
	La Maestra Community Health Center	101 North Highland Avenue, Suite A, National City, CA 91950	(619) 434-7308
	Operation SAMAHAN	2743 Highland Avenue, National City, CA 91950	(619) 4742284
<b>San Ysidro</b>	San Ysidro Health Center	4004 Beyer Boulevard, San Ysidro, CA 92173	(619) 662-4123
	National City Family Clinic	1136 D Avenue, National City, CA 91950	(619) 662-4123
	Chula Vista Family Clinic	865 Third Avenue Suite 133, Chula Vista, CA 91910	(619) 662-4123
	Otay Family Health Center	1637 Third Avenue Suites B,F,H,I, Chula Vista, CA 91950	(619) 662-4123



## DENTAL PROVIDERS

## ESCONDIDO

Neighborhood Health Care	425 N. Date Street Escondido, CA 92025	(760) 520-8330 Medi-Cal/CHDP Accepted	Marlene M. Thompson, Escondido, CA 92026	(760) 740-2595 Medi-Cal Accepted
Dental Souza	431 W. 13 <sup>th</sup> Ave., Suite C Escondido, CA 92025	(760) 743-9003 Medi-Cal/CHDP Accepted	El Norte Family Dental Vijaya Prabhu, D.D.S.	(760) 480-5600 Medi-Cal Accepted
Western Dental Center	1468 E. Valley Pkwy Escondido, CA 92027	(760) 480-8700 Medi-Cal Accepted	Bright Now Dental Escondido, CA 92025	(760) 747-4411 Medi-Cal/CHDP Accepted
Shahriyar Zandkarimi	240 W. Mission Ave. Ste A & B Escondido, CA 92026	(760) 747-7000 Medi-Cal/CHDP	Kidz Care Dental Group Tahir R. Paul, DDS	(760) 745-7070 Medi-Cal
Family Care Dental	1114 West Valley Pkwy Escondido, CA 92025	(760) 738-1070 Medi-Cal	Super Dentist Escondido, CA 92025	(760) 336-8478

## FALLBROOK

Bella Dental	855 S. Main Ave., Suite J Fallbrook, CA 92028	(760) 723-8599 Medi-Cal Accepted	Fallbrook Dental Clinic Fallbrook, CA 92028	(760) 451-2912 Medi-Cal Accepted
--------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------

## CARLSBAD

Dreamtime Dentistry	3039 Jefferson St. Suite A Carlsbad, CA 92008	(760) 720-0451 Medi-Cal Accepted	Only accepts Medi-Cal for existing previous patients	
---------------------	--	-------------------------------------	--	--

## OCEANSIDE

PN.C.H.S	2216 South El Camino Real Oceanside, CA 92054	(760) 400-0277 Medi-Cal/CHDP	Buyama Pediatric Dental Oceanside, CA 92054	(760) 722-1042 Medi-Cal/CHDP
Western Dental Center	3125 Vista Way # 100 Oceanside, CA 92054	(760) 439-1000 Medi-Cal Accepted	Tri-City Children's Dentistry Oceanside, CA 92056	(760) 724-1102 Medi-Cal Accepted
The Super Dentist	3625 Vista Way Oceanside, CA	(760) 450-2000 Medi-Cal	Kids Smile Pediatric Dentistry Dr. Amin Bagheri, D.D.S	(760) 529-9820 Medi-Cal Accepted
Mira Costa Dental Group	3502 College Blvd. Ste B. Oceanside, CA	(760) 941-7502 Medi-Cal Accepted		

## RINCON

Indian Health Council, Inc.	50100 Golsh Road Valley Center, CA 92082	Medi-Cal Accepted (760) 749-1410	Neighborhood Health Care Pauma, CA 92061	(760) 742-9919 Medi-Cal Accepted
-----------------------------	---	-------------------------------------	---	-------------------------------------

## SAN MARCOS

True Care	150 Valpreda Rd. San Marcos, CA 92069	(760) 736-6794 Medi-Cal/CHDP	Kidmazing Dental San Marcos, CA 92078	(760) 744-3333 Medi-Cal Accepted
Children's Primary Dental Group	555 S. Rancho Santa Fe Rd#101 San Marcos, CA 92078	(760) 510-6750 Medi-Cal Accepted	Smile Builders Children's Dentistry San Marcos CA 92069	(760) 480-6700 Medi-Cal

## VISTA

Vista Community Clinic	1000 Vale Terrace Vista, CA 92084	(760) 631-5000 Medi-Cal/CHDP Accepted	Smile Dental Oral Surgeon Vista, CA 92084	(760) 940-8811 Medi-Cal Accepted
Broadway Dental- Dr. Martin Hodes 4 years old & up only	203 E. Broadway Vista, CA 92084	(760) 940-6076 Medi-Cal Accepted	Jose & Ruth Drago Vista, CA 92083	(760) 732-1428 Medi-Cal Accepted

## SOUTH BAY

South Bay Family Clinic	2 North Euclid, Suite D	(619) 662-4123 Medi-Cal Accepted	Operation Samahan Community Health Center National City, CA 91950	(619) 474-5567 Medi-Cal Accepted
-------------------------	-------------------------	-------------------------------------	---	-------------------------------------





# WELL BABY PHYSICAL

This exam is for Month: (please circle) 1 2 4 6 9 12 15 18 24 30

Due date: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ Sex:  Male  Female

Early Head Start Site: \_\_\_\_\_

Exam Date: \_\_\_\_\_ Practice/Clinic Stamp: \_\_\_\_\_

Provider (Please Print): \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Height/Length	Inches	Weight:	lbs	oz	Weight/length or BMI:	Head Circumference:		
Nutritional Assessment: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				Feeding recommendations <input type="checkbox"/> puree <input type="checkbox"/> soft <input type="checkbox"/> table food				
Referrals made:				(under 12 m)				
<b>EXAM</b>	Normal	Abnormal	<b>EXAM</b>	Normal	Abnormal	<b>EXAM</b>	Normal	Abnormal
Skin			Mouth			Abdomen		
Head			Teeth			Genitalia		
Neck			Throat			Developmental		
Lymph Nodes			Chest			Extremities		
Eyes-Strabismus			Lungs			Motor Ability		
Ears			Heart			Speech		
Nose			Back			Behavioral		

Hearing (clinical observation) Grossly Within Normal Limits:  Yes  No

Vision (Clinical observation) Grossly Within Normal Limits:  Yes  No

**Children with Publicly Funded Insurance require Lead blood test at both 12 and 24 months, OR once between 24-72 months**

<b>LABORATORY</b>			<b>COMPLETE RISK ASSESSMENTS</b>			<b>TB MANTOUX TEST &amp; RESULT</b>	
Hgb/Hct results	Age	Date	TB Risk Assessment	<input type="checkbox"/> RISK <input type="checkbox"/> NO RISK		Date Given:	Date Read:
	12 mo		LEAD Assessment	<input type="checkbox"/> RISK <input type="checkbox"/> NO RISK		<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Hematocrit/Hemoglobin Risk Assessment	At Risk	Not at Risk	TOBACCO Assessment	<input type="checkbox"/> RISK <input type="checkbox"/> NO RISK		<b>Chest Xray</b>	
Hematocrit/Hemoglobin Test (if applicable)	Date	Results	<b>DENTAL SCREENING</b>			<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
			<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal		Rx Date:	
Lead Results	Age	Date	Dental exam recommended at this time			ASTHMA:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	12 mo.		<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no				
	24 mo						

Allergies: \_\_\_\_\_

Please indicate the immunizations received:

Polio  DTaP  Hepatitis B  MMR  Rotovirus  Varicella

Pneum  Hept. A  Influenza  Hib Booster

Comments / Follow up needed / Referrals: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Data entry by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

STAMP HERE:



Dear CHDP Medical Provider,

MAAC Child Developmental Program is federally funded to provide Early Head Start and Head Start services to income and special need qualified children and families. Head Start Performance Standards require each child to be up-to-date on the EPSDT schedule.

Please take the time to perform **ALL** of the required screenings indicated on the “Well Baby Exam” form. Head Start requires proof of a blood lead level test at 12 and at 24 months of age as indicated on the EPSDT. In the event that the child was not tested at 24 months, a blood lead test is required during this visit.

Your role is very important in helping us to ensure that our children and families receive quality care, education, and services.

Should you have any questions, please feel free to contact me at (760) 471-4210, Ext. 2265.

Sincerely,

*Rebecca Kirkpatrick*

Rebecca Kirkpatrick  
Health and Nutrition Manager



# DENTAL EXAMINATION FORM

EARLY HEAD START CENTER/FCCP: \_\_\_\_\_

Child's Name: (Last, First)	_____
Date of Birth:	_____
Parent's Name	_____

## To be completed by Dental Professional

### Dental Examination

Date of Examination \_\_\_\_\_

Examination:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Cleaning:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
X-rays:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Flouride varnish:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Oral Hygiene Instruction :	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Dental sealants:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

### Dental Treatment Needed

Restorative /Emergency Care

Filling:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Referral Speciality Care	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Crowns:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Date Treatment was received:	_____	
Extractions:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
Emergency Care:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			

### Future Dental Treatment Needed

More appointments needed for treatment?  Yes  No

Next appointment: Date:\_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

### Future Dental Examination Needed

Next recall date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Month/Year)

### Dental Provider's Contact Information and Signature/Official Stamped Signature

Provider's Signature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

#### Official Dental Provider's Stamp

Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p><b>For MAAC Staff Use Only</b>  Date Received by MAAC staff  ____/____/____</p>
--