El Programa de Salud y Desarrollo de Head Start Y Programas Infantiles de la Ciudad de Lakewood

Estimada Familia de Head Start:

¡Bienvenidos a los Programas Infantiles y de Head Start de la Ciudad de Lakewood! Como familia de nuestro programa, usted y su niño harán parte de un programa comprensivo de salud que se centra en el bienestar físico, conducta, social, y emocional de su niño. Esto será logrado de varias maneras:

- Primero, haremos cada esfuerzo para asistirle en tener acceso continuo de cuidado médico si usted no tiene uno actualmente.
- Segundo, su niño será supervisado a través del año escolar en el área de audición, visión, y crecimiento (estatura y peso), así como el estado de desarrollo, su Trabajador de Apoyo Familiar le explicará este proceso.
- Tercero, a su niño se le presentará una variedad de temas de salud a través del año escolar vía actividades divertidas, las cuales incluyen cepillarse los dientes a diario, hora de cuentos, y lecciones especiales.
- Cuarto, porque el cuidado preventivo dental es de gran importancia en el programa, su niño tendrá la oportunidad de participar en un paseo en el cual recibirá una evaluación dental, muy temprano en el año escolar. También será requerido que su niño visité a un dentista por lo menos anualmente o cada seis meses si es posible.

Para asegurarse de que su niño pueda participar completamente en todas las actividades del programa, los puntos siguientes son necesarios (sí usted proporcionó un expediente actual de vacunas/inmunización cuando usted aplicó, gracias):

- Un **expediente actual de inmunización/vacunas** – presentado antes de que su niño comience la escuela.
- Un **informe de un examen físico** – Presentado antes de su cita de inscripción/examen (cualquier informe de un examen dentro de los últimos 12 meses se acepta). Utilice por favor el formulario apegado a este.
- Un **informe de un examen dental** – presentado antes de su cita de inscripción/examen. Utilice por favor el formulario apegado a este.
- Un **Formulario de Medicamento** necesita ser firmado por los padres y su medico para toda medicina administrada por la escuela que se despacha sin receta medica.
- Si su niño tiene un medicamento vendido solamente bajo receta medica que necesita ser administrado durante la hora escolar, usted debe de entregar un **Formulario de Medicamento** firmado por usted y su medico antes de que nosotros podamos administrarle el medicamento.
- Un **Chequeo de la Vista y Oídos** se le hará en su cita de registro y también el examen **Miller Developmental Screening**, como también se tomara el **peso y altura de su niño**.

Si usted necesita ayuda para obtener cuidado médico o si tiene preguntas o preocupaciones favor de llamar al ***303-987-2490.***

Cordialmente,
Vicki Bailey
Coordinadora de Salud é Incapacidades.

City of Lakewood Head Start & Early Childhood Programs

GENERAL HEALTH APPRAISAL FORM

PADRES: Por favor complete y firme esta forma
Nombre del Niño(a):_____ Fecha de Nacimiento:_____

Alergias: ❑ No o Explique _____
Tipo de Reacción _____

Dieta: ❑ Especial _____

Yo,_____doy permiso al medico de mi niño(a), proveedor de cuidado o personal de campo a discutir la salud de mi niño(a). El medico de mi niño(a) puede enviar esta forma vía fax (y cualquier otro documento medico) a la escuela, guardería o campo mi niño(a). .
Fax #_____

_____ _____
Firma del padre/ guardián **Fecha**

HEALTH CARE PROVIDER: Please complete after the above parent section is completed.
Date of Last Health Appraisal:_____ Weight @ Exam_____ Height @ Exam_____

Specify any physical abnormalities_____

Allergies____ Describe_____
Type of Reaction_____

Significant Health Concerns _____

Current Medications/Special Diet_____

Immunizations Up to Date_____ Administered Today_____

Complete if Appropriate: Required for all Head Start per State EPSDT schedule
B/P_____HCT/HGB_____LEAD LEVEL_____
HEAD CIRCUMFERENCE (up to 12mths)_____TB Results_____
VISION_____HEARING_____DENTAL_____
Recommended Follow-up_____

_____ _____
Health Care Provider Signature **Date**

Date of next visit_____

OFFICE STAMP (or write Name, Address, Phone #)

City of Lakewood Head Start and Early Childhood Programs

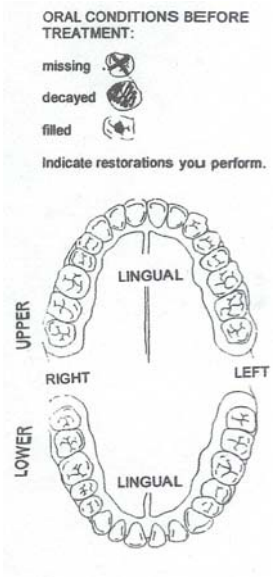
12100 W. Alameda Parkway, Lakewood, CO 80228
(303) 987-2490
PLEASE FAX COMPLETED REPORT TO: (303) 987-4863

DENTAL HEALTH RECORD

NAME OF CHILD, (LAST, FIRST, MIDDLE) Date of Birth:	PARENT'S NAME: ADDRESS: PHONE #:

SERVICES PROVIDED (Please record each treatment on a separate line)

DATE SERVICES PERFORMED MONTH	DAY	YEAR	SURFACE	DESCRIPTION OF WORK	TOOTH # OR LETTER	FEES
TOTAL						



TREATMENT CODE: SURFACES: M = MESIAL, D = DISTAL, O = OCCLUSAL, L=LINGUAL, I-INCISAL, B=BUCCAL OR LABIAL

MATERIALS: A=AMALGAM, S=SILICATE, P-ACRYLIC, C=STEEL CROWN, O=OTHER

☐ Check if more treatment is needed.
☐ Check if all work for this child has been completed.
☐ Check if treatment discontinued. Reason:_____

Dentist's Signature *Date* *License #*

Address *City* *Zip*

Programas Infantiles y Head Start de la Ciudad de Lakewood

Procedimientos para Administrar Medicamento a Niños

Lo que sigue es el procedimiento que tienen que utilizar si su niño requiere algún medicamento mientras que esta en el programa ya sea Preescolar o de Head Start de la Ciudad de Lakewood.

- Un formulario de Permiso para Administrar Medicamento debe ser llenado para que la medicina sea administrada mientras que el niño está en el programa de Head Start o Preescolar.

- Ningún medicamento será administrado en la escuela sin instrucciones y la autorización escrita de un proveedor de cuidado médico (i.e. Médico, Dentista o Asistente Médico). Se requiere la firma de un proveedor de cuidado de salud.

- Por lo tanto, todas las recetas médicas deben ser enviadas en el envase original con la etiqueta de la farmacia en él. Las instrucciones en la etiqueta deben emparejar exactamente con las instrucciones para administrar la medicina en la escuela. (Es decir, Las instrucciones en la etiqueta de la farmacia deben indicar la dosis y el tiempo exacto que la medicina debe ser dada en la escuela.)

- Todos los medicamentos sin receta (como el Tylenol, gotas del oído, medicina para la tos, etc.) que tienen que ser administradas en la escuela deben ser acompañadas por un formulario de Permiso Para Administrar Medicamento directamente de un medico con su firma y fecha. Además, todas la medicinas sin receta deben ser enviadas en el envase original (por ejemplo, Tylenol debe ser enviado en el frasco de Tylenol, no en una bolsa de plástico) y con una etiqueta con el nombre y apellido del niño.

- Todos los medicamentos deben ser entregados por un adulto directamente a la maestra del salón de clase (es decir, un padre, guardián, conductor del autobús, etc.).

- El formulario de Permiso Para Administrar Medicamentos debe incluir lo siguiente:
  1. Nombre del niño y la edad
  2. Nombre del Proveedor de Cuidado Médico
  3. Medicamento
  4. Dosis
  5. Como se administra
  6. Cuantas veces al día se da
  7. Posibles efectos secundarios
  8. Número de días anticipados que necesita ser dado bajo nuestro cuidado
  9. Fecha
  10. Firma del Proveedor de Cuidado de Médico
  11. Firma de Padres/Guardián legal

Favor de llamar a la Coordinadora de Salud é Incapacidades, al 303-987-2490 si usted tiene alguna pregunta o preocupaciones con respecto a esta norma.

Formularios Alternativos de este documento están disponibles por solicitud.

Programas Infantiles y Head Start de la Ciudad de Lakewood

FORMULARIO DE PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO

Nombre del Niño_____ Edad_____

Proveedor Principal de Cuidado Médico_____

Medicamento_____Dosis_____Ruta_____

Propósito del Medicamento_____

_____

La hora que debe ser dada_____

Posibles efectos secundarios_____

Número de días anticipados que necesita ser dada en la escuela/guardería_____

_____

_____ _____

Firma de la Persona Autorizada a Recetar Medicamento Fecha

- -

Padre/Guardián Legal

Por medio del presente doy mi permiso para que_____ _____ tome la receta o el medicamento (sin receta) en la escuela/guardería según como esta ordenado. Yo entiendo que es mi responsabilidad proporcionar este medicamento.

_____ _____

Firma del Padre/Guardián Legal Fecha

Nota: El medicamento recetado debe ser entregado a la escuela/guardería en el envase original etiquetada apropiadamente por la persona autorizada para recetar la medicina junto con la copia de la orden de la autorización de la medicina.

Mantenga este formulario en la guantera de su coche para cuando usted lleve a su niño al doctor.

Personal De Oficina Del Doctor: Favor de mandar por fax a la Coordinadora de Salud é Incapacidades al 303-987-2490

Las formas alternativas de este documento están disponibles por solicitud.

Lista de Recursos de Salud
Programas Infantiles y Head Start

> **Jefferson County Health Department Child Health Clinic:** Departamento de salud del condado de Jefferson. Localizado en el 260 S. Kipling, Lakewood. Proporciona inmunizaciones a bajo costo. Para información llame al **303-239-7033.**

> **WIC Clinic:** 260 S Kipling Street. **303-239-7143.**

>**Carin Clinic:** 5751 Balsam St., Arvada. Esta clínica provee servicios a las familias que tienen seguro medico inadecuado o ningún tipo de seguro médico. Proporciona cuidado para enfermos y inmunizaciones para niños. Para una cita, llame al: **303-423-8836.**

Las horas son:	Lunes	9 am – 2 pm.
	Miércoles	1 pm – 7 pm
	Viernes	1 pm – 6pm

>**Clinica Campesina:** 1701 W. 72nd Ave., 3rd Floor, Denver. Provee cuidado de salud a bajo costo, para mas información llame al **303-665-2962.**

>**EPSDT:** Para una lista de todos los proveedores de salud que aceptan Medicaid, llame al: **303-271-4379.**

>**MCPN Jeffco Clinic (Metropolitan Community Provider Network):** Exámenes físicos de bajo costo, chequeos de enfermedades, e inmunizaciones en tres localidades:

Jeffco Clinic - 8500 Colfax, Lakewood. Para las familias sin seguro o quiénes tienen seguro de Medicaid o de CHP+. Para mas información y las horas de operación llame al **303-239-9964.**

Stein Wellness Center - 80 S. Teller St, Lakewood. Para mas información, llame al **303-238-4662.**

Horas Abiertas:	Lunes y Miércoles	9:30 am - 5:30 pm
	Martes , Jueves, Viernes	8:00 am - 4:00 pm
	Cerrado cada 3er Miércoles a las 12 pm.	

Estes St. Community Clinic: (antes el Jeffco Action Center). 8755 W 14th Ave., Lakewood. Situado en la esquina de la calle Estes y la Avenida 14 en una casa móvil azul. Proporciona cuidado de bajo costo para enfermos adultos y niños.
Tel. **303-202-2911**

Horas Abiertas:	Lunes – Jueves	8 am – 6 pm
	Friday	8 am – 4:30 pm

All about Kids Dental Center – 2020 Wadsworth Blvd., #18ª. Se acepta Medicaid, y CHP+ Teléfono **303-431-1221**.

Children's Hospital Pediatric Dentistry Clinic: Se toma la mayoría de seguros médicos y Medicaid. Teléfono **303-861-6788**.

Esta información se le proporciona ha usted como una cortesía. De ninguna manera esto se considera un respaldo de estos servicios, o de estos proveedores médicos.

Lista de Recursos de Salud
Programas Infantiles y Head Start

Comfort Smiles Centers: Provee examen dental y rayos X par apacientes nuevos por $19.00. Para mas información de localidades llame al **1-877-330-7676.**

EPSDT: Por el Departamento de Salud del Condado de Jefferson. Para una lista actual de los dentistas que aceptan familias con Medicaid. Para mas información llame al **303-271-4389**.

Kaiser Dental Health Insurance: Para una lista de los proveedores dentales en esta área llame al **1-800-336-8478.**

KIND: (Niños que tienen necesidad de odontología) - Para los niños sin ningún tipo de seguro. Para mas información y una aplicación llame al **303-733-3710.**

Santa Fe Dental for Children: 6175 W 38th Ave., Wheat Ridge. Se acepta Medicaid y CHP+. Para mas información llame al **303-940-9755**.

University of Colorado Health Sciences Center - El costo es 33% menos que los dentistas privados. Para mas información llame al **303-315-8751.**

Para Adultos – New Hope Dental Services, 4200 W. Conejos Pl., Suite LL5 (Calle 16 y Raleigh). Se mantiene muy ocupado así que es muy difícil de que le contesten, tiene que insistir. Honorarios de escala móvil. Por citas de emergencias hay un cobro fijo de $90.00. Se atiende a los indocumentados. Si usted es seleccionado como paciente debe atender a una clase de orientación. No tienen servicios de frenillos. Si tienen servicios de dentadura postiza. Tel. **720-956-0311.**

Horas Abiertas:	Lunes, Martes, Jueves	8 am – 4pm
	Miércoles y viernes	8 am – 3:300 pm
	La oficina esta cerrada de 12 pm – 1 pm todos los dias	

Para Adultos – Dental Access, 3216 High St., Denver , llame primero al **303-394-0231**. Se acepta Medicaid. También aceptamos pacientes sin seguro dental. Deben dar un pago de enganche. Los precios son más bajos que la mayoría de los demás dentistas. Se le cobrara de $85.00 a $125.00 por los exámenes iniciales y rayos-X.

Horas Abiertas:	Lunes – Jueves	8 am – 5pm
	3er Viernes de cada mes	9 am – 1 pm
	La oficina esta cerrada de 12 pm – 1 pm todos los dias.	

MCPN Jeffco Clinic, 8500 W. Colfax Ave., Lakewood. Clinica Dental. Necesita ser referido por su Doctor Principal de MCPN para la Clinica dental. Tel. **303-761-4825**.

Esta información se le proporciona ha usted como una cortesía. De ninguna manera esto se considera un respaldo de estos servicios, o de estos proveedores médicos.