



Formulario de Recomendación para Head Start y WIC



Este formulario de recomendación es para compartir información del cliente entre los programas Head Start de Arizona y WIC de Arizona. Este formulario se tiene que llenar y compartir con la agencia que lo solicite dentro de dos semanas a partir de la Fecha de Recomendación. Si el cliente tiene que regresar para tomarle medidas dentro de dos semanas, por favor espere para llenar el formulario en esa siguiente visita. Si no es así, llénelo con las medidas más recientes.

Por favor complete **todas** las secciones marcadas con 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/AAAA)*

Nombre completo del niño (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*

Fecha de nacimiento del niño (MM/DD/AAAA)*

Nombre completo de los representantes autorizados/cuidadores (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*

Número de teléfono de contacto familiar*

Dirección de la familia*

Direcciones de correo electrónico de representantes autorizados/cuidadores*

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 Head Start/WIC*

Nombre del miembro del personal que llenó el formulario*
