

Fecha

CUIDADOR ADULTO PRIMARIO

ETO Data Entry Instructions: Families Program > Family Management

<input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Continuo <input type="radio"/> Reinscribirse		Fecha de Inicio con HIPPIY _____	Identificación/ # de Caso _____
Nombre _____		Sexo <input type="radio"/> Femenino	
Apellido _____		<input type="radio"/> Masculino	
Dirección _____		Fecha de Nacimiento _____	
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	(MM/DD/AA)
Idioma Primario		Idioma Secundario	
<input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Otro		<input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Ninguno	
<input type="radio"/> Español (Especificar) _____		<input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro (Especificar) _____	
Origen Primario Hispano o Latino		Raza (Identidad Racial del Individuo)	
<input type="radio"/> No Origen Hispano o Latino		<input type="radio"/> Indio Americano/Nativo de (Especificar la Tribu Principal abajo)	
<input type="radio"/> Hispano o Latino		<input type="radio"/> Alaska	
(Especificar el Origen Primario Hispano) _____		<input type="radio"/> Negro o Afroamericano	
		<input type="radio"/> Asiático/Islands del Pacifico	
		<input type="radio"/> Multirracial	
		<input type="radio"/> Medio Este/África del Norte	
		<input type="radio"/> Blanco	
		<input type="radio"/> No Sabe	
		Especificar Aquí	

NIÑO HIPPIY

ETO Data Entry Instructions: Families Program > Family Management

<input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Continuo <input type="radio"/> Reinscribirse		Fecha de Inicio con HIPPIY _____	Identificación/ # de Caso _____
Nombre _____		Sexo <input type="radio"/> Femenino	
Apellido _____		<input type="radio"/> Masculino	
Dirección _____		Fecha de Nacimiento _____	
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	(MM/DD/AA)
Idioma Primario		Idioma Secundario	
<input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Otro		<input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Ninguno	
<input type="radio"/> Español (Especificar) _____		<input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro (Especificar) _____	
Origen Primario Hispano o Latino		Raza (Identidad Racial del Individuo)	
<input type="radio"/> No Origen Hispano o Latino		<input type="radio"/> Indio Americano/Nativo de (Especificar la Tribu Principal abajo)	
<input type="radio"/> Hispano o Latino		<input type="radio"/> Alaska	
(Especificar el Origen Primario Hispano) _____		<input type="radio"/> Negro o Afroamericano	
		<input type="radio"/> Asiático/Islands del Pacifico	
		<input type="radio"/> Multirracial	
		<input type="radio"/> Medio Este/África del Norte	
		<input type="radio"/> Blanco	
		<input type="radio"/> No Sabe	
		Especificar Aquí	

Nombre de Adulto

Identificación/# de Caso

Fecha

INFORMACIÓN DEL ADULTO

ETO Data Entry Instructions: Families Program > Record NEW TouchPoint > Adult Education TouchPoint

<p>Nivel Más Alto de Educación Completada</p> <p><input type="radio"/> Menor que el Diploma de Preparatoria o Preparatoria Libre</p> <p><input type="radio"/> Preparatoria Libre</p> <p><input type="radio"/> Diploma de Preparatoria</p> <p>Ultimo Grado Completado: _____</p>	<p>Actualmente Inscrito</p> <p><input type="radio"/> Escuela Intermedia</p> <p><input type="radio"/> Colegio</p> <p><input type="radio"/> Programa de GED</p> <p><input type="radio"/> No Inscrito</p> <p><input type="radio"/> Universidad</p> <p><i>(Especificar Carrera)</i></p>	<p>Estatus</p> <p><input type="radio"/> Inscrito de Tiempo Completo</p> <p><input type="radio"/> Inscrito de Medio Tiempo</p> <p><input type="radio"/> No Inscrito</p>
<p>Especificar Estudio de Formación/ Enfoque de Carrera: _____</p>		

ETO Data Entry Instructions: Families Program > Record NEW TouchPoint > Adult Information TouchPoint

<p>Estado Civil</p> <p><input type="radio"/> Casado/a</p> <p><input type="radio"/> Soltero/a</p> <p><input type="radio"/> Separado/a</p> <p><input type="radio"/> Divorciado/a</p> <p><input type="radio"/> Viudo/a</p>	<p># de Niños Inscritos en HIPPY Este Año del Programa</p> <p>_____</p>	<p>Fuente de Referencia</p> <p><input type="radio"/> Doctor/Clinica de Salud</p> <p><input type="radio"/> Amigo/Familia</p> <p><input type="radio"/> Sistema de Concordancia Local</p> <p><input type="radio"/> Padre de vuelta en el programa</p> <p><input type="radio"/> Escuela</p> <p><input type="radio"/> Organización de Servicios Sociales</p> <p><input type="radio"/> Contratación de Personal</p> <p><input type="radio"/> WIC</p> <p><input type="radio"/> Transferencia de Otro Sitio HIPPY (Especificar)</p> <p><input type="radio"/> Otro (Especificar)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Especificar Aqui</p>								
<p>Ocupación</p> <p><input type="radio"/> Empleado a tiempo completo</p> <p><input type="radio"/> Empleado a medio tiempo</p> <p><input type="radio"/> Ama de Casa</p> <p><input type="radio"/> Estudiante</p> <p><input type="radio"/> Desempleado</p>	<p>Currículo de HIPPY</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Año</td> <td style="text-align: center;">Idioma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Año 1, Edad 3</td> <td><input type="radio"/> Inglés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Año 2, Edad 4</td> <td><input type="radio"/> Español</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Año 3, Edad 5</td> <td><input type="radio"/> Los Dos</td> </tr> </table>		Año	Idioma	<input type="checkbox"/> Año 1, Edad 3	<input type="radio"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Año 2, Edad 4	<input type="radio"/> Español	<input type="checkbox"/> Año 3, Edad 5	<input type="radio"/> Los Dos
Año	Idioma									
<input type="checkbox"/> Año 1, Edad 3	<input type="radio"/> Inglés									
<input type="checkbox"/> Año 2, Edad 4	<input type="radio"/> Español									
<input type="checkbox"/> Año 3, Edad 5	<input type="radio"/> Los Dos									

<p>Anual</p> <p><input type="radio"/> \$0 - \$20,000</p> <p><input type="radio"/> \$20,001 - \$40,000</p> <p><input type="radio"/> \$40,001 - \$60,000</p> <p><input type="radio"/> \$60,001 o mas</p>	<p>Ingresos del Hogar</p> <p style="text-align: center;">← ○ →</p> <p style="text-align: center;">r</p> <p>_____</p>	<p>Mensual</p> <p>Cantidad</p> <p>_____</p>
<p><input type="radio"/> Padre/Madre no se Siente Cómodo/a dando Una Respuesta</p>		

INFORMACIÓN DEL NIÑO

ETO Data Entry Instructions: Families Program > Record NEW TouchPoint > Child Information TouchPoint

<p>Año de Plan de Currículo de HIPPY</p> <p><input type="checkbox"/> Año 1, Edad 3</p> <p><input type="checkbox"/> Año 2, Edad 4</p> <p><input type="checkbox"/> Año 3, Edad 5</p> <p>Parentesco con el Niño HIPPY</p> <p><input type="radio"/> Madre</p> <p><input type="radio"/> Madrastra</p> <p><input type="radio"/> Madre Adoptiva</p> <p><input type="radio"/> Abuela</p> <p><input type="radio"/> Tía</p> <p><input type="radio"/> Padre</p> <p><input type="radio"/> Padrastro</p> <p><input type="radio"/> Padre Adoptivo</p> <p><input type="radio"/> Abuelo</p> <p><input type="radio"/> Tío</p> <p><input type="radio"/> Otro Hombre</p> <p><input type="radio"/> Otra Mujer</p> <p style="background-color: #cccccc;"><i>(Especificar Otro Relación)</i></p>	<p style="text-align: center;">Servicios ACTUALMENTE está Recibiendo el Niño HIPPY</p> <p>Son de hoy en día las inmunizaciones del niño? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Chequeos Tempranos y Periódicamente, Diagnósticos, y Tratamiento (EPSDT)</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Privado</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Seguro Estatal para la Salud de los Niños (CHIP)</p> <p><input type="checkbox"/> Tri-Care/Militar</p> <p>Nutrición</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Cupones de Alimento</p> <p><input type="checkbox"/> Gratis/Precio Reducido del Lunch</p> <p><input type="checkbox"/> WIC</p> <p>Educación y Cuidado</p> <p><input type="radio"/> Solamente HIPPY</p> <p><input type="radio"/> Head Start</p> <p><input type="radio"/> Jardín de Niños</p> <p><input type="radio"/> Pre-Jardín de Niños en Escuela</p> <p><input type="radio"/> Pre-Jardín de Niños en Centro</p> <p><input type="radio"/> Cuidado en Casa (Licenciado o No- Licenciado)</p> <p><input type="radio"/> Cuidado por Amigos o Parientes</p> <p>Misceláneos</p> <p><input type="radio"/> Ninguno</p> <p><input type="radio"/> Refugio para Indigentes</p> <p><input type="radio"/> Otro Programa de Visitante en Casa</p> <p><input type="radio"/> Otro Servicios para Niños</p> <p style="background-color: #cccccc;"><i>(Especificar Otros Servicios/Programas)</i></p>
---	---

Discapacidad de Niño	
<p>Diagnostico</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Si <i>(Especificar)</i></p>	<p>Sospecha</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Si <i>(Especificar)</i></p>

<p><input type="radio"/> AmeriCorps</p> <p><input type="radio"/> Financiado por MIECHV</p> <p><input type="radio"/> Elegible por TANF</p> <p><input type="radio"/> Estudio Longitudinal del Participante</p>	<p>Aprobada por la Oficina del Estado TANF</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Administrador de la Oficina del Estado:</p> <p>_____</p>
--	--