



CARVER COUNTY FOLLOW ALONG PROGRAM

Family Data Form



Child Information:

Child Name: _____
(First Name) (M.I.) (Last Name)

Date of Birth: _____ Birth Weight: _____ lbs _____ oz Gender: _____ Male _____ Female

Race: (check all that apply)

- American Indian or Alaska Native
- Black or African American
- Asian
- White
- Native Hawaiian or Pacific Islander

Child's Doctor and Clinic Name: _____

Birth Hospital: _____ School District: _____

Specific Details

Was your child premature? (more than 3 weeks early) _____ yes _____ no

How many weeks gestation? _____

Was your child in the NICU? (Neonatal Intensive Care Unit) _____ yes _____ no

Did your child pass his/ her hearing exam at the hospital? _____ yes _____ no _____ unknown

Does your child have any health issues? _____ yes _____ no If yes, please explain:

Did you have any health concerns during your pregnancy, or other family needs or concerns?

Child's Medical Insurance: Medical Assistance Minnesota CARE
 Insurance Uninsured Other: _____

Guardians and other Contact Information:

Child's guardian: _____ Mother _____ Father _____ Both Parents _____ Other

Name: _____
(First, Middle, Last) MOTHER & FATHER

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Work Phone: _____ Email: _____

Mother's Birthdate: _____ County of Residence: _____



CARVER COUNTY FOLLOW ALONG PROGRAM
(PROGRAMA *FOLLOW ALONG* DEL CONDADO DE CARVER)

Formulario de Datos de la familia



Información del niño:

Nombre: _____
(Primer nombre) (Inic. seg. nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento: _____ Peso al nacer: _____ lbs _____ oz Sexo: _____ Masc. _____ Fem.

Nombre del pediatra y de la clínica: _____

Hospital en que nació: _____ Distrito Escolar: _____

Detalles específicos

¿Fue prematuro? (nació con más de 3 semanas de anticipación) _____ sí _____ no

¿Cuántas semanas duró el embarazo? _____

¿Estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales? (NICU, por sus siglas en inglés) _____ sí _____ no

¿Los resultados del examen auditivo en el hospital fueron satisfactorios? _____ sí _____ no _____ no sé

¿Tiene su hijo(a) algún problema de salud? _____ sí _____ no Si la respuesta es *sí*, escriba qué problema tiene:

¿Tuvo usted algún problema de salud durante el embarazo o algún problema o dificultad en la familia?

Raza: _____ Indio americano o nativo de Alaska _____ Negro o afroamericano
 _____ Blanco _____ Asiático _____ Nativo de Hawai u otras Islas del Pacífico

Seguro médico del niño: _____ Medical Assistance _____ Minnesota CARE
 _____ Seguro _____ Sin seguro _____ Otro

Datos del tutor legal y otra información de contacto:

Tutor legal del niño: _____ Madre _____ Padre _____ Ambos padres _____ Otro

Nombre: _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido) MADRE Y PADRE

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del hogar: _____ Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Email: _____

Fecha de nacimiento de la madre: _____ Condado en que reside: _____