

# SCREENING REGISTRATION FORM



Help Me Grow is part of a national initiative that is designed for children age 0-8. Caregivers who have questions about a child's development, behavior, and learning or simply want more information about their child's growth can complete a screening questionnaire. If you are interested in how your child is developing and would like to complete a screening, please complete the form below. A Help Me Grow Care Coordinator will contact you for the screening and explain next steps.

## GENERAL INFORMATION

\*CHILD NAME: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_  
FIRST NAME M LAST NAME

\*DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ CHILD GENDER:  MALE  FEMALE  
(MM/DD/YYYY)

\*PHONE NUMBER: \_\_\_\_\_ \*ZIP CODE: \_\_\_\_\_

EMAIL ADDRESS: \_\_\_\_\_

\* CAREGIVER NAME: \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP TO CHILD: \_\_\_\_\_  
FIRST NAME LAST NAME

LANGUAGE SPOKEN AT HOME: \_\_\_\_\_

SIBLINGS (UNDER 8) NAME & AGE: \_\_\_\_\_  
FIRST NAME LAST NAME AGE

## HEALTH HISTORY

\*INDICATE IF ANY OF THE CHILDREN MENTIONED ABOVE WERE BORN:  EARLY  LATE  N/A

\*CHILD NAME: \_\_\_\_\_ \* WEEKS EARLY/LATE? \_\_\_\_\_

CHILD NAME: \_\_\_\_\_ WEEKS EARLY/LATE? \_\_\_\_\_

## PERMISSION FOR SCREENING

I HEREBY GIVE PERMISSION FOR MY CHILD(REN) \_\_\_\_\_, TO PARTICIPATE AND BE SCREENED ON \_\_\_\_\_ BY HELP ME GROW FLORIDA AND ITS PARTNERS.

- ❖ I  do  do not agree to allow help me grow Florida to enter this data into their secure database in order to follow-up with me on the results of this screening and provide me with other relevant resources.

SIGNATURE OF CAREGIVER: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Ayúdame a Crecer es parte de una iniciativa nacional que esta diseñada para niños de 0-8 años. Cuidadores que tienen preguntas sobre el desarrollo, comportamiento, y aprendizaje de su hijo(a), o si tienen preguntas generales sobre el crecimiento de su hijo(a) puede completar una evaluación. Si está interesado(a) en como su hijo(a) esta desarrollando y quiere hacer una evaluación, por favor llene este formulario. Un Coordinador de Ayúdame a Crecer se comunicara con usted para hacer la evaluación y para explicar los próximos pasos.

**INFORMACIÓN GENERAL**

\*NOMBRE DE NIÑO(A): \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE M APELLIDO

\*FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO:  VARÓN  HEMBRA  
(MM/DD/YYYY)

\* NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ \* CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

\* NOMBRE DEL CUIDADOR: \_\_\_\_\_ RELACIÓN AL NIÑO(A): \_\_\_\_\_  
PRIMER NOMBRE APELLIDO

LENGUAJE USADO EN EL HOGAR: \_\_\_\_\_

HERMANOS (MENOR DE 8) NOMBRE Y EDAD: \_\_\_\_\_  
PRIMER NOMBRE APELLIDO EDAD

**HISTORIA DE SALUD**

\* INDIQUE SI ALGUNOS DE LOS NIÑOS MENCIONADOS NACIERON:  TEMPRANO  TARDE  N/A

\* NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ \* SEMANAS TEMPRANO/TARDE? \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ SEMANAS TEMPRANO/TARDE? \_\_\_\_\_

**PERMISSION FOR SCREENING**

YO ESTOY DANDO PERMISO PARA QUE MI(S) NIÑO(S) \_\_\_\_\_, PARTICIPEN Y SEAN EVALUADOS EN LA FECHA DE \_\_\_\_\_ POR HELP ME GROW FLORIDA Y SUS COMPAÑEROS.

❖ Yo  si  no estoy de acuerdo de que Help Me Grow Florida incluya estos datos en sus registros seguros para que ellos puedan comunicarse con migo en referencia de los resultados de la evaluación y para proveer otros recursos que puedan ser pertinente.

SIGNATURA DEL CUIDADOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

**REFERRAL SOURCE**

\*AGENCY TYPE: PHYSICIAN      EVENT      OTHER: \_\_\_\_\_

\*AGENCY NAME: \_\_\_\_\_ CONTACT NAME: \_\_\_\_\_

\*PHONE NUMBER: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

REASON FOR REFERRAL:

---

---

---

**Please return to: 2-1-1 Big Bend, Inc., P.O. Box 10950 ♦ Tallahassee, FL 32302-2950**

**Fax 850.561.3443. ♦ [hmgprogcoord@211bigbend.org](mailto:hmgprogcoord@211bigbend.org)**

**You may contact 850.617.6348 for questions. ♦ [www.211bigbend.org](http://www.211bigbend.org)**