|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00989AS (02/2017) | | | | | | | **STATE OF WISCONSIN** | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL NIÑO Y SU FAMILIA**  **CHILD AND FAMILY INFORMATION** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del niño | | | | | | | Fecha del reporte | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Nombre del padre / madre / tutor | | | | | | | Nombre del padre / madre/ tutor | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Relación con el niño | | | | | | | Relación con el niño | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Calle | Ciudad | | | | Estado | Código postal | Calle | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
|  |  | | | | WI |  |  | |  | | WI | |  |
| Número de teléfono | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Número de teléfono alternativo | | | | | | | Número de teléfono alternativo | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Dirección de correo electrónico (*email address*) | | | | | | | Dirección de correo electrónico (*email address*) | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Nombre de otro cuidador | | Número de teléfono de otro cuidador | | | | | Calle | | Ciudad | Estado | | Código postal | |
|  | |  | | | | |  | |  | WI | |  | |
| Primer idioma del padre / madre / tutor | | | | | | | Primer idioma del niño | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Raza del niño | | | | | | | Etnicidad del niño: Hispano | | | | | | |
|  | | | | | | | Sí  No | | | | | | |
| Nombre de la persona con quien pasa el día | | | Relación | | | | | | | | | | |
|  | | | Mamá  Papá  Proveedor de cuidado de niños (Nombre)        Otro (especifique) | | | | | | | | | | |
| Indique a otros en el hogar del niño (Incluir mascotas) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Indique a otras personas importantes en la vida del niño | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre / título / información de contacto de la fuente de referencia | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del proveedor de cuidado médico primario / médico a domicilio | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Apoyos de la comunidad (Seleccione los servicios y programas que el niño / su familia utilizan) | | | | | | | | | | | | | |
| BadgerCare Plus | | | | Health Department | | | | SSI | | | | | |
| CYSHCN | | | | Healthy Start | | | | W2 | | | | | |
| Department of Human Services | | | | Katie Beckett | | | | WIC | | | | | |
| Centro de recursos para la familia | | | | Biblioteca | | | | YMCA/YWCA | | | | | |
| Apoyo a la familia | | | | Medicaid/MA | | | | Grupos de apoyo | | | | | |
| Head Start | | | | FACETS | | | | Otro | | | | | |