

**EASTERN PLAINS HEAD START PROGRAM-MUJER EMBARAZADA APLICACIÓN DE MATRICULACION -Pagina 1 H-3 EHS**

Portales Early Head Start (Web)

1030 Community Way

Portales NM 88130

**CUIDAD** \_\_\_\_\_

**APLICANTE:** \_\_\_\_\_  
 Primer nombre Medio nombre Apellido

Despues del Nacimiento, está interesada que su bebé reciba servicios de nuestro programa Early Head Start?  Si  No  
 Fecha que va nacer bebe? \_\_\_\_\_ Es este embarazo de:  Uno  Geminis  Trillizo **Estado Marital:**  Soltera  Casada  Separada  Divorciada  Viuda

**Doctor:** Nombre \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

Esta Usted corrientemente atendiendo escuela primaria, o secundaria  Si  No

Si Usted dejo de ir a la escuela (marque uno):  Antes de embarazarme  Causa de la poliza de la escuela tocante embarazamiento  Graduado

Elegi, aunque habia poliza que me dejaba contiuar en la escuela

**INFORMACION DE MEMBROS DE LA FAMILIA** — Empezando con adulto primario, complete lo siguiente de TODOS los miembros de la familia.

	Nombre		Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Sexo		Raza										Etnia		Idioma		Habilidad de Hablar Ingles				Embarazada		Relativo al Apicante				
					Masculino	Femenino	Indio Americano o Nativo de Alaska	Asiatico	Negro o Africano Americano	No especificado	Nativo de Hawaii o Otro Isla Pacifico	Blanco	De Dos Razas	Hispano/Latino	No Hispano/Latino	1st	2nd	Ingles	Espanol	Ingles	Espanol	Muy Bien	Bien	No Muy Bien	No Del Todo	Si		No			
	Primer	Apellido																													
	JOANNA	HERNANDEZ	02/02/79	444-22-1234	X				X									X			X	X	X					X			Madre- Adulto Primario
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															

**Educacion:** Marca el nivel mas alta de educacion para cada **ADULTO** en la casa.

	Nombre de Adulto	Nivel mas alta de Educacion Completada	Fecha Completada	Corrientemente Matriculado	
	(POR EJEMPLO) Joanna Hernandez	Grado doce	25 de Mayo, 1998	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
1				SI	<input type="radio"/> NO
2				SI	<input type="radio"/> NO

Es algun maestro(o) de este Head Start pariente de este niño (a)? Favor de nombrar la persona(s) \_\_\_\_\_

