

# EASTERN PLAINS HEAD START PROGRAM-MUJER EMBARAZADA APLICACIÓN DE MATRICULACION -Pagina 1 **H-3**<sub>EHS</sub>

Tucumcari Early Head Start (Web)  
 210 W. Center PO Box 1244  
 Tucumcari NM 88401

**CIUDAD** \_\_\_\_\_

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

Despues del Nacimiento, está interesada que su bebé reciba servicios de nuestro programa Early Head Start?  Sí  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  Sí  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	Asiatco	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	Sí		No				
	Primer	Apellido																														
	JOANNA	HERNANDEZ	02/02/79	444-22-1234	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	<b>NO</b>
1				SI	NO
2				SI	NO

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

