



Department of Public Health and Environment

Lowell Johnson
Director

David Brummel
Deputy Director

DEMOGRAPHIC INFORMATION

Complete and return with the permission form and questionnaire

(PLEASE PRINT)

CHILD'S FULL NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____ Female Male BIRTH WEIGHT: _____

WEEK'S GESTATION: _____ BIRTH HOSPITAL: _____

CHILD'S RACE/ETHNICITY: _____ INITIAL HEARING AT BIRTH: Passed Not Passed

LIST MEDICAL CONDITIONS THIS CHILD HAS: _____

LIST PROGRAMS THAT YOUR CHILD/FAMILY ARE INVOLVED WITH:

WHAT IS YOUR CHILD'S HEALTH INSURANCE? Minnesota Care Medical Assistance-(Circle one)
UCare, Health Partners, Blue Cross Private Insurance (from employment) or self-pay

CHILD'S PRIMARY PHYSICIAN: _____ CLINIC: _____

(CHECK ONE) English or Spanish questionnaires mailed to you?

PARENT(S) NAME: _____

ADDRESS: _____

CITY/STATE: _____ ZIP: _____

PHONE: _____ OTHER: _____

EMAIL ADDRESS (optional): _____

YES, enroll my child in the Follow Along Program of Washington County. I understand that it will help me observe the development of my child and the participation is voluntary.

If at any time I do not want to participate in the program I will let you know.

Date

Signature of Parent/Guardian

PHE USE ONLY

PHN Name: _____

Open to PHN for Home Visiting One time visit Parent Referred Referral by WIC Other

Include copies of: Notice of Rights and the Acknowledgement Notice of Privacy Practices

Government Center • 14949 62nd Street North — P.O. Box 6, Stillwater, Minnesota 55082-0006
Phone: 651-430-6655 • Fax: 651-430-6730 • TTY: 651-430-6246

www.co.washington.mn.us

Equal Employment Opportunity / Affirmative Action





INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Completar y devolver, con el formulario de permiso y el cuestionario (Letra de molde)

Ombre del complete niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre Mujer Peso al Nacer: _____

Parto el en hospital: _____ Semana de Gestación: _____

Clínica: _____ Médico: _____

Niño de raza/grupo étnico: _____

¿Fue la audición de su hijo a prueba en el hospital? Aprobado No No estás seguro de pasar

¿Tiene algún problema de salud acerca de su hijo? Sí No En caso afirmativo, indique:

¿Tiene alguna preocupación acerca del desarrollo de su hijo? Sí No En caso afirmativo, indique:

¿Te gustaría cuestionarios en inglés o español para que le enviemos? Inglés Español

Padre _____ (s) Nombre: _____

_____ Dirección

: _____

Ciudad / Estado: _____ Zip: _____ Teléfono: ()

_____ - _____ Otros: () _____ - _____

Dirección De Correo Electrónico: _____

Sí, inscribir a mi hijo en el Programa de Acompañamiento A lo largo del Condado de Washington. Yo entiendo que me ayudará a observar el desarrollo de mi hijo y mi participación es voluntaria. *Sí en algún momento yo no quiero participar en el programa que le hará saber.*

Fecha

Firma del padre / tutor

Government Center • 14949 62nd Street North — P.O. Box 6, Stillwater, Minnesota 55082-0006

Phone: 651-430-6655 • Fax: 651-430-6730 • TTY: 651-430-6246

www.co.washington.mn.us

Equal Employment Opportunity / Affirmative Action

