



Help Me Grow
Yolo County

Consent Form

I consent to completing the questionnaires and allowing Help Me Grow Yolo County to analyze the information and return the results to me and contact me about resources in Yolo County. If I have any questions about this form, I will call 844-410-GROW or email information@helpmegrowyolo.org. Aggregate data will be shared by First 5 Yolo.

If you would prefer to complete the screening online, please go to YesYolo.org on the fourth screen, you will be asked for a password. It is HMGYolo and is case-sensitive.

Would you prefer to complete the screening in: ☐ English ☐ Spanish ☐ Necesito esta forma en Español

How did you hear about Help Me Grow? _____

Name of Caregiver: _____ Relationship to child: _____

Caregiver Gender: ☐ Female ☐ Male ☐ Other: _____ How many individuals live in your household? _____

Address: _____ ☐ Please do not contact me at this address

Mailing Address: ☐ Same as Above _____

How would you prefer to be contacted? ☐ Phone ☐ Email ☐ I would like the referring agency to contact me

Phone number: _____ Email: _____

Languages written in home: _____ Languages spoken in home: _____

Child's primary language: _____ Child's Gender: ☐ Female ☐ Male ☐ Other: _____

Name of Child: _____ Child's Birthdate: _____

Was your child born 3 or more weeks premature? ☐ Yes ☐ No If yes, how many weeks premature? _____

Does your child currently have health insurance? ☐ Yes ☐ No

If yes, what health insurance? ☐ Medi-Cal ☐ Other: _____

Did you receive this insurance through Covered California? ☐ Yes ☐ No ☐ I do not know

Does your child have any medical concerns or diagnoses? _____

Does your child have a current: ☐ Individual Family Service Plan (IFSP) ☐ Individual Education Plan (IEP)

Do you have any concerns about your child's development? _____

I would like to share the results of these questionnaires with (please provide contact information):

☐ Pediatrician/Medical Provider: _____

☐ School District _____ ☐ Teacher _____

☐ Family Resource Center _____ ☐ Alta California Regional Center

☐ Health and Human Services/Child Welfare Services ☐ Other: _____

For us to best serve you, we have some additional optional questions.

Child's race/ethnicity? _____ Caregivers race/ethnicity? _____

Do you receive Cal-Works Benefits? ☐ Yes ☐ No Is a member of the child's family in the Military? ☐ Yes ☐ No

What is your current family type? ☐ Two Parent ☐ Single Parent ☐ Relative ☐ Other: _____

Signature of Caregiver: _____ Date: _____





Help Me Grow
Yolo County

Forma de Autorización

Entiendo que este es un programa voluntario. Doy mi premiso para que Help Me Grow, un programa del condado de Yolo, pueda completar los cuestionarios y pueda analizar los resultados para darme información sobre recursos que puedan ayudarme a mi o mi hijo/a. Yo entiendo que la información de esta encuesta es confidencial y no se va a compartir con otra agencia sin mi permiso. Si tiene preguntas llámenos al 844-410-4769 o envíenos un correo electrónico information@helpmegrowyolo.org. Un resumen de información se mandara a First 5 Yolo pero sin datos personales.

Si gusta completar las preguntas cuando sea conveniente para usted, por favor use nuestra página electrónica en el internet - YesYolo.org. La palabra clave (contraseña) es "HMGYolo" con las cuatro primeras letras mayúsculas y sin.

Quiere completar el cuestionario del desarrollo en: ☐ español ☐ inglés ☐ I need the screening in English

¿Cómo se enteró del programa de Help Me Grow? _____

Nombre del padre/madre: _____ Su relación con el niño/a: _____

¿Cuál es el género de usted? ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro _____ ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

Dirección: _____ ☐ Por favor no me contacte a esta dirección

Dirección de Correo: ☐ Es la misma _____

¿Cómo quiere recibir los resultados? ☐ texto ☐ teléfono ☐ correo postal ☐ correo electrónico

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Lenguaje que se habla en casa: _____ Lenguaje que se escribe en casa: _____

Que lenguaje prefiere su niño/a: _____ Género del niño/a: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro: _____

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

¿Nació su niño/a prematuro? ☐ Si ☐ No, ¿cuántas semanas prematuro? _____ ¿Su niño/a tiene seguro médico? ☐ Si ☐ No

¿Cuál es su seguro médico? ☐ MediCal ☐ ¿Otro? _____

¿Usted recibió el seguro médico a través del programa de Covered California? ☐ Si ☐ No ☐ no sé

¿Ha recibido su niño/a un diagnóstico médicos? _____

¿En este momento, tiene su niño/a un ☐ Plan Individual de Servicios para la familia (IFSP) ☐ plan educativo individual (IEP)

¿Tiene preocupaciones sobre el desarrollo de su niño/a? _____

Doy mi permiso para compartir los resultados de la encuesta con (por favor proveer los datos necesarios):

☐ Médico/Clínica de Salud _____

☐ Distrito Escolar _____ ☐ Maestro/a _____

☐ Centro de recursos de Familia _____ ☐ Alta California Regional Center

☐ Departamento de Salud/Servicios del Departamento del Bienestar de Niños ☐ Otra persona: _____

Para que podamos servirle mejor tenemos unas cuantas preguntas opcionales.

¿Cuál es la raza/origen étnico de su niño/a? _____ ¿Cuál es la raza/origen étnico de usted? _____

¿Recibe beneficios de CalWorks? ☐ Si ☐ No ¿Alguien en la familia es un militar de los Estados Unidos? ☐ Si ☐ No

¿Con quién vive el niño/a? ☐ una pareja ☐ un padre o madre soltero/a ☐ Otra _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____