

FAMILY RESOURCE CENTER SIGN-IN SHEET

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Name/Nombre	Ethnicity/ <i>Origen Étnico:</i> <i>Select one (Seleccione uno)</i>	Primary language/ <i>Idioma Primario</i> <i>Select one (Seleccione uno)</i>	Number of children under age 3/ <i>Número de niños menor de 3 años de edad:</i>	Number of children ages 3-5/ <i>Número de niños de 3 a 5 años de edad:</i>	For staff only: Check services family received:
<p>1<sup>st</sup> time visit: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Primera visita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Ethnicity/<i>Origen Étnico:</i>  <input type="checkbox"/> Alaska Native/American Indian  <input type="checkbox"/> Black/African-American  <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino  <input type="checkbox"/> Pacific Islander  <input type="checkbox"/> Multiracial  <input type="checkbox"/> Other/Unknown/Declined  <input type="checkbox"/> White  <input type="checkbox"/> Asian</p>	<p>Primary language spoken in the home/ <i>Idioma primario hablado en casa:</i>  <input type="checkbox"/> English                    <input type="checkbox"/> Spanish  <input type="checkbox"/> Vietnamese            <input type="checkbox"/> Mandarin  <input type="checkbox"/> Cantonese              <input type="checkbox"/> Korean  <input type="checkbox"/> Khmer  <input type="checkbox"/> Other/Unknown/Declined</p>	<p>Number of children in the home ages 0-3:/ <i>Número de niños menor de 3 años de edad:</i>  <input type="text"/></p> <p>Number with special needs:/<i>Número de niños con necesidades especiales:</i> _____</p>	<p>Number of children in the home ages 3-5:/ <i>Número de niños de 3 a 5 años de edad:</i>  <input type="text"/></p> <p>Number with special needs:/ <i>Número de niños con necesidades especiales:</i> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Child development  <input type="checkbox"/> Kit for New Parents  <input type="checkbox"/> Health and nutrition  <input type="checkbox"/> School readiness  <input type="checkbox"/> Early literacy  <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Entered  <input type="checkbox"/> Intake completed*</p>
<p>1<sup>st</sup> time visit: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Primera visita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Ethnicity/<i>Origen Étnico:</i>  <input type="checkbox"/> Alaska Native/American Indian  <input type="checkbox"/> Black/African-American  <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino  <input type="checkbox"/> Pacific Islander  <input type="checkbox"/> Multiracial  <input type="checkbox"/> Other/Unknown/Declined  <input type="checkbox"/> White  <input type="checkbox"/> Asian</p>	<p>Primary language spoken in the home/ <i>Idioma primario hablado en casa:</i>  <input type="checkbox"/> English                    <input type="checkbox"/> Spanish  <input type="checkbox"/> Vietnamese            <input type="checkbox"/> Mandarin  <input type="checkbox"/> Cantonese              <input type="checkbox"/> Korean  <input type="checkbox"/> Khmer  <input type="checkbox"/> Other/Unknown/Declined</p>	<p>Number of children in the home ages 0-3:/ <i>Número de niños menor de 3 años de edad:</i>  <input type="text"/></p> <p>Number with special needs:/<i>Número de niños con necesidades especiales:</i> _____</p>	<p>Number of children in the home ages 3-5:/ <i>Número de niños de 3 a 5 años de edad:</i>  <input type="text"/></p> <p>Number with special needs:/ <i>Número de niños con necesidades especiales:</i> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Child development  <input type="checkbox"/> Kit for New Parents  <input type="checkbox"/> Health and nutrition  <input type="checkbox"/> School readiness  <input type="checkbox"/> Early literacy  <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Entered  <input type="checkbox"/> Intake completed*</p>
<p>1<sup>st</sup> time visit: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Primera visita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Ethnicity/<i>Origen Étnico:</i>  <input type="checkbox"/> Alaska Native/American Indian  <input type="checkbox"/> Black/African-American  <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino  <input type="checkbox"/> Pacific Islander  <input type="checkbox"/> Multiracial  <input type="checkbox"/> Other/Unknown/Declined  <input type="checkbox"/> White  <input type="checkbox"/> Asian</p>	<p>Primary language spoken in the home/ <i>Idioma primario hablado en casa:</i>  <input type="checkbox"/> English                    <input type="checkbox"/> Spanish  <input type="checkbox"/> Vietnamese            <input type="checkbox"/> Mandarin  <input type="checkbox"/> Cantonese              <input type="checkbox"/> Korean  <input type="checkbox"/> Khmer  <input type="checkbox"/> Other/Unknown/Declined</p>	<p>Number of children in the home ages 0-3:/ <i>Número de niños menor de 3 años de edad:</i>  <input type="text"/></p> <p>Number with special needs:/<i>Número de niños con necesidades especiales:</i> _____</p>	<p>Number of children in the home ages 3-5:/ <i>Número de niños de 3 a 5 años de edad:</i>  <input type="text"/></p> <p>Number with special needs:/ <i>Número de niños con necesidades especiales:</i> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Child development  <input type="checkbox"/> Kit for New Parents  <input type="checkbox"/> Health and nutrition  <input type="checkbox"/> School readiness  <input type="checkbox"/> Early literacy  <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Entered  <input type="checkbox"/> Intake completed*</p>
<p>1<sup>st</sup> time visit: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Primera visita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Ethnicity/<i>Origen Étnico:</i>  <input type="checkbox"/> Alaska Native/American Indian  <input type="checkbox"/> Black/African-American  <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino  <input type="checkbox"/> Pacific Islander  <input type="checkbox"/> Multiracial  <input type="checkbox"/> Other/Unknown/Declined  <input type="checkbox"/> White  <input type="checkbox"/> Asian</p>	<p>Primary language spoken in the home/ <i>Idioma primario hablado en casa:</i>  <input type="checkbox"/> English                    <input type="checkbox"/> Spanish  <input type="checkbox"/> Vietnamese            <input type="checkbox"/> Mandarin  <input type="checkbox"/> Cantonese              <input type="checkbox"/> Korean  <input type="checkbox"/> Khmer  <input type="checkbox"/> Other/Unknown/Declined</p>	<p>Number of children in the home ages 0-3:/ <i>Número de niños menor de 3 años de edad:</i>  <input type="text"/></p> <p>Number with special needs:/<i>Número de niños con necesidades especiales:</i> _____</p>	<p>Number of children in the home ages 3-5:/ <i>Número de niños de 3 a 5 años de edad:</i>  <input type="text"/></p> <p>Number with special needs:/ <i>Número de niños con necesidades especiales:</i> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Child development  <input type="checkbox"/> Kit for New Parents  <input type="checkbox"/> Health and nutrition  <input type="checkbox"/> School readiness  <input type="checkbox"/> Early literacy  <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Entered  <input type="checkbox"/> Intake completed*</p>
<p>1<sup>st</sup> time visit: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Primera visita: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Ethnicity/<i>Origen Étnico:</i>  <input type="checkbox"/> Alaska Native/American Indian  <input type="checkbox"/> Black/African-American  <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino  <input type="checkbox"/> Pacific Islander  <input type="checkbox"/> Multiracial  <input type="checkbox"/> Other/Unknown/Declined  <input type="checkbox"/> White  <input type="checkbox"/> Asian</p>	<p>Primary language spoken in the home/ <i>Idioma primario hablado en casa:</i>  <input type="checkbox"/> English                    <input type="checkbox"/> Spanish  <input type="checkbox"/> Vietnamese            <input type="checkbox"/> Mandarin  <input type="checkbox"/> Cantonese              <input type="checkbox"/> Korean  <input type="checkbox"/> Khmer  <input type="checkbox"/> Other/Unknown/Declined</p>	<p>Number of children in the home ages 0-3:/ <i>Número de niños menor de 3 años de edad:</i>  <input type="text"/></p> <p>Number with special needs:/<i>Número de niños con necesidades especiales:</i> _____</p>	<p>Number of children in the home ages 3-5:/ <i>Número de niños de 3 a 5 años de edad:</i>  <input type="text"/></p> <p>Number with special needs:/ <i>Número de niños con necesidades especiales:</i> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Child development  <input type="checkbox"/> Kit for New Parents  <input type="checkbox"/> Health and nutrition  <input type="checkbox"/> School readiness  <input type="checkbox"/> Early literacy  <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Entered  <input type="checkbox"/> Intake completed*</p>

\*Indicates intake completed today or at a prior visit

Enter (drop-in and non-consenting participants) into LTI database