

**Formulario de Información
Anual de 2021**



uso de oficina solamente	
PDF _____	Date _____
RecTrac _____	Date _____
Details/Status _____	Date _____

Nombre del participante _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Distrito de Parque _____

P/Madre 1 Nombre _____ Cell # _____ Trabajo # _____ Email _____

P/Madre 2 Nombre _____ Cell # _____ Trabajo # _____ Email _____

Nombre de guardián _____ Cell # _____ Trabajo# _____ Email _____

Escuela _____ Distrito # _____ Profesor _____ Permiso para consultar con el maestro Si No

Hogar de grupo/instalación residencial _____ Permiso para consultar con Trabajador de Casos Si No

Gerente/Trabajador de casos _____ Gerente/Trabajador de casos # _____

Numero de emergencia de Fin de semana y/o emergencia _____

Contactos de Emergencia y Permiso de transporte
(adicional de los padres/guardiánes)

Nombre _____ Relación _____ Ciudad _____ Transporte? Si No

Numero de Casa _____ Numero de Celular _____ Number de Trabajo _____

Nombre _____ Relación _____ Ciudad _____ Transporte? Si No

Numero de Casa _____ Numero de Celular _____ Number de Trabajo _____

Permiso de transporte en vehículos de SEASPAR? Si No

Ubicaciones de transporte (salida y vuelta) Denning Park Lemont SEASPAR Varía

Salida independiente (18 años o más) ¿Es capaz de esperar independiente? Si No ¿Es capaz de regresar a casa por su cuenta? Si No

¿Este permiso se aplica a todos los programas? SI No En caso de No, Por favor especifique _____

Behavior/Communication

<input type="checkbox"/> Búsqueda de atención	<input type="checkbox"/> Jalando del cabello	<input type="checkbox"/> Eliminación de la ropa	<input type="checkbox"/> Lanzamiento de objetos
<input type="checkbox"/> Morder	<input type="checkbox"/> Golpear / patear	<input type="checkbox"/> Carreras / vagabundeos	<input type="checkbox"/> Estallido verbal
<input type="checkbox"/> Desafío/rechazo	<input type="checkbox"/> Hiperactivo	<input type="checkbox"/> Autoabusivo	
<input type="checkbox"/> Transiciones difíciles	<input type="checkbox"/> Conmoverdor Inadecuados	<input type="checkbox"/> Escupir	
<input type="checkbox"/> Fácilmente distraído	<input type="checkbox"/> Manipuladora	<input type="checkbox"/> Roba	
<input type="checkbox"/> Miedo	<input type="checkbox"/> Pellizcar	<input type="checkbox"/> Tantrums/meltdowns	
<input type="checkbox"/> Otro _____			

Cumple con peticiones verbales y direcciones Responde a instrucciones verbales/sin palabras Responde al refuerzo positivo

¿Tiene el participante un plan de comportamiento? Si No (En caso afirmativo, adjunte)

Método de comunicación: Tablero de comunicación Comunicación facilitada

Comunicación alternativa Lenguaje de señas Otro _____

Por favor Indique cualquier necesidad sensorial que el participante pueda tener _____

Información adicional _____

Información médica

Condiciones médicas

Discapacidad/Diagnóstico _____

Alergias Si No (por favor, note alergias y reacciones) _____

Restricciones dietéticas Si No (por favor describa, es decir, ácteos, sin gluten, etc.) _____

Desorden de la sangre Si No _____

Diabetes Si No (En caso afirmativo, se requiere un Plan de Diabetes

Síndrome de Down Si No resultado de la prueba ASC? Positive Negativo No probado

G-Tube Si No (En caso afirmativo, adjunte las instrucciones)

Discapacitados auditivos Si No _____

Condición cardíaca Si No _____

Convulsiones Si No (En caso afirmativo, se requiere un Plan de Convulsiones)

Discapacitado visualmente Si No

Otros (asma, enfermedad crónica, etc.) _____

Medicamentos (enumere todos los medicamentos recetados o medicamentos sin receta tomados, incluso si no se toman en el programa)

Nombre del medicamento (de marca o genérico)	Dosis	Horario	Razón	Efectos secundarios
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

*Adjunte la hoja con medicamentos adicionales si es necesario.

¿Es el participante responsable de la automedicación en los programas? Si No

¿El personal necesita recordar al participante que tome medicamentos? Si No

Entiendo que es mi responsabilidad dar el medicamento directamente al personal de SEASPAR dentro de sobres individuales con instrucciones escritas claramente en etiquetados. En todos los casos, la dispensación de medicamentos sólo se puede cambiar o modificar usando este formulario. Por la presente reconozco que la información anterior proporcionada para la dispensación de medicamentos para el participante es preciso. También entiendo que es mi responsabilidad informar a SEASPAR si se producen cambios en la dispensación de medicamentos.

En todos los casos, no se excederá la dosis recomendada de cualquier medicamento. Si después de administrar la medicación hay una reacción adversa, doy mi permiso a SEASPAR para asegurar de cualquier médico del hospital con licencia y / o personal médico cualquier tratamiento que se considere necesario para la atención inmediata. Acepto ser responsable del pago de todos y cada uno de los servicios médicos prestados.

Reconozco que hay ciertos riesgos de lesiones físicas en relación con la administración de medicamentos al participante. Teniendo en cuenta la administración de medicamentos de SEASPAR, por el presente libero o descargo completamente a SEASPAR, y a sus funcionarios, agentes, empleados y voluntarios de todas y cada una de las reclamaciones por lesiones, daños y pérdidas que el participante pueda tener, que surjan, relacionados con, incidentales o de cualquier manera asociadas con la administración de medicamentos. Además, acepto indemnizar, eximir de responsabilidad y defender a SEASPAR, sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios de todas y cada una de las reclamaciones resultantes de lesiones, daños y pérdidas sufridas por el participante y que surjan de, relacionadas, incidentales o de cualquier manera asociadas con la administración de medicamentos.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____

Firma del participante (más de 21) _____ Fecha _____

Requisitos personales/físicos

Dispositivos de asistencia

Silla de ruedas Si No Tipo de silla Manual Eléctrico Transporte sólo en silla de ruedas? Si No

¿Necesita el participante ayuda con las transferencias? Si No (En caso afirmativo, se requiere un Plan de Transferencia)

¿Transferencia a la silla o al suelo? Si No ¿Transferencia a asiento en teatro o restaurante? Si No

Indique si se utiliza: Cochecito caminante Baston/Cruzadas Dispositivo protésico AFOs Otros _____
 Animal de servicio (describa) _____

¿Qué nivel de asistencia necesita participante?	Completo	Moderado	Independiente	Detalles
Comer/beber (cortar alimentos, usos de paja, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseo (pañales, catéter, limpiezag, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vestir/Desvestirse (atando zapatos, tirando de traje de baño, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Manejo de dinero (monitor para un cambio correcto, sin concepto, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lectura (nivel de comprensión, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Responsabilidad (mantener un registro de las pertenencias, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Seguridad (cruzar la calle, seguridad del agua, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Por favor, seleccione la capacidad de natación No puede nadar Necesita un dispositivo de flotación
 Puede nadar una longitud de piscina sin dispositivo de flotación Nadador independiente competitivo/multivuelta

Por favor, indique la necesidad de boliche Rampa Topes

Por favor, díganos de cualquier información relativa al participante que ayude nuestro personal a garantizar un programa seguro y agradable para él / la registrante. Recuerde que cuanto más le diga a SEASPAR, mejor podremos satisfacer las necesidades de cada participante.

Indique amigos del participante que asisten actividades con SEASPAR _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Firma del participante (más de 21) _____ Fecha _____