

FORMULARIO DE INFORMACION DEL MENOR

Requerido a partir del 8/1/2018

Apellido del Menor _____, Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Sexo del menor Masculino Femenino

Número del ID de MDCPS Sin ID de MDCPS

Escuela a la que asiste el menor _____

¿Es el niño/a competente en inglés? Sí No

Otros idiomas que se hablan en su hogar Español Haitiano-Creole Otro _____ Ninguno

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Origen étnico del menor Hispano Haitiano Otro, por favor explique _____

Raza del menor Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Originario de las Islas del Pacífico Blanco Otro Multiracial

Grado escolar del menor

¿Tiene el menor seguro de salud (ej., seguro privado, KidCare, Medicaid)? Sí No
 (Si no tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura económica—llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org/parents/health-connect/insurance)

Nombre completo del padre, madre o guardián del menor _____

Correo electrónico del padre, madre o guardián del menor _____

Teléfono principal del padre, madre o guardián

¿Es este un celular/teléfono móvil? Sí No

(The Children's Trust podría comunicarse con usted por correo, correo electrónico y/o texto para preguntarle acerca de su satisfacción con estos servicios, y para notificarle de otros programas financiados por The Children's Trust, iniciativas y eventos en los que podría estar interesado/a.)

Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Por favor, díganos más acerca de su niño(a)...

¿Cuáles son las principales formas en que se comunica su hijo(a)? (Marque todas las que apliquen)

- Habla y se le entiende fácilmente
- Habla, pero es difícil entenderle
- Usa dibujos o una pizarra para comunicarse
- Usa gestos o expresiones como señalar, halar, sonreír, fruncir el ceño/entrecejo o parpadear
- Usa lenguaje de señas
- Usa sonidos que no son palabras, como risa, llanto o gruñidos

¿Qué ayuda recibe su hijo(a) en este momento, si alguna? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia o servicios de conducta | <input type="checkbox"/> Terapia física (PT) |
| <input type="checkbox"/> Consejería para problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Servicios de educación especial en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Medicación diaria (no incluye vitaminas) | <input type="checkbox"/> Terapia de habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (OT) | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

¿Qué condiciones tiene su hijo(a) que se espera duren un año o más? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista | <input type="checkbox"/> Discapacidad o impedimento físico |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (si es menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de agresividad o de temperamento |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o de desarrollo (mayor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de atención e hiperactividad (ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva o sordera | <input type="checkbox"/> Problemas de depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje (si está en edad escolar) | <input type="checkbox"/> Condición del habla o del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Condición médica o enfermedad | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual o ceguera |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

Si marcó "Ninguna de las anteriores" en la pregunta anterior, omita las siguientes dos preguntas y firme la forma al final. Si marcó cualquier otra respuesta, por favor conteste las preguntas restantes y firme la forma.

¿Algunas de las condiciones marcadas arriba hacen que sea más difícil para su hijo(a) hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? Sí No

Para respaldar la participación exitosa de su hijo(a) en este programa, ¿en qué áreas podría necesitar ayuda adicional? No necesita ayuda específica

- Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas motoras finas
- Deportes o actividades físicas tales como correr u otras tareas motoras gruesas
- Controlar los sentimientos y la conducta
- Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
- Adaptar las actividades para tener en cuenta una discapacidad visual o auditiva
- Usar dispositivo(s) de asistencia como silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
- Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
- Otro _____

Por favor díganos cualquier otra cosa que crea es importante que sepamos sobre su hijo(a)

Si está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children's Trust, Por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org. Si necesita encontrar ayuda para servicios especiales para su hijo/a, visite www.advocacynetwork.org o www.thechildrenstrust.org/cwd

Autorizo el envío de esta información a The Children's Trust para fines de calidad y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona financiación para este programa.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN _____	FECHA _____
--	--------------------

SOLO PARA USO DEL PERSONAL (INFORMACIÓN INDISPENSABLE)

ORGANIZACIÓN: _____ ESTABLECIMIENTO (SITE): _____

MIEMBRO DE GRUPOS DE PRIORIDAD (marcar todas las que apliquen): Dep Syst Delin Syst