

ORIENTACIÓN PREVIA AL SERVICIOS PARA PROVEEDORESNOMBRE DEL INDIVIDUO (*Apellido, nombre, inicial del segundo nombre.*)

NÚM. de ASSISTS

FECHA DE NACIMIENTO

DIETA**COMIDA:**

INDEPENDIENTE CON UTENSILIOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	INDEPENDIENTE CON UTENSILIOS ESPECÍFICOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NECESITA AYUDA LIMITADA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NECESITA AYUDA SIGNIFICATIVA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	--	---

LA COMIDA PRESENTA UN RIESGO DE AHOGO

 Sí No Consistencia requerida de la comida Normal Picada Majada (puré)
DIETA ESPECIALALIMENTACIÓN POR TUBO (*Instrucciones especiales necesarias*) Sí NoTRASTORNO DE ALIMENTACIÓN (*Describe*) Sí No**BEBIDAS:**

INDEPENDIENTE CON TAZA/VASO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	INDEPENDIENTE CON ENVASE ADAPTIVO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NECESITA AYUDA LIMITADA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NECESITA AYUDA SIGNIFICATIVA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	--	---

INDEPENDIENTE PARA OBTENER/ PEDIR BEBIDAS

 Sí No *Describe el equipo adaptivo para comer/beber:*

DESCRIBA CUALQUIER NECESIDAD ESPECIAL PARA INGERIR LÍQUIDOS

SISTEMA PARA INGESTIÓN DE LÍQUIDOS (*Si es pertinente*)**COMUNICACIÓN****CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN:** (*marque todo lo aplicable*) Use oraciones complejas Use oraciones simples Señas Asiente o niega con la cabeza GestosDESCRIBA LOS APARATOS PARA AYUDAR CON LA COMUNICACIÓN (*si es pertinente*)**MOVILIDAD**

EQUILIBRIO AL ESTAR DE PIE

 Excelente (*no es problema*) Moderado (*tropieza, etc.*) Pobre (*muy inestable; se cae*) UTILIZA APARATOS ADAPTIVOS PARA EL EQUILIBRIO Sí No
MOVILIDAD INDEPENDIENTE (*marque lo aplicable*) Gatea/se desliza Se arrodilla Se pone de pie Camina Corre TropaMOVILIDAD/EQUILIBRIO (*marque todo lo aplicable*) N/A Andador Bastón Muletas AFOs Braguero para piernas Silla de ruedas Otro (*especifique*)

INSTRUCCIONES PARA SITUARLE (COLOCACIÓN EN POSICIÓN)

INSTRUCCIONES PARA LEVANTAR/CARGAR

CAPACIDADES DE CUIDADO PERSONAL (*marque todo lo aplicable*)

	VESTIRSE	ASEO PERSONAL	BAÑARSE	CUIDADO DENTAL	MENSIS	TOMAR MEDICINA	OTRA
Independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesita que le animen/recuerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesita ayuda/supervisión limitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesita ayuda/supervisión significativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI ES PERTINENTE, DESCRIBA NECESIDADES Y PREFERENCIAS ESPECIALES PARA EL CUIDADO PERSONAL

PROBLEMAS DE CONDUCTA (*si es pertinente*)Capitación de CIT Sí No

DESCRIPCIÓN BREVE	FRECUENCIA APROXIMADA	INTERVENCIÓN RECOMENDADA
Agresión		
Lastimarse a sí mismo(a)		
Destrucción de Propiedad		
Ausente sin permiso		
Auto-estimulación		
Se expresa de maneras sexuales		
Otra		

HAY DISPONIBLE UN PLAN DE TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA (BTP) PARA MAS INFORMACIÓN

 No Sí

RAZÓN PARA EL PLAN BTP

MÉTODO UTILIZADO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN (*En persona, archivo del caso, etc.*)**FIRMAS**

FIRMA DE LA PERSONA QUIEN LLENA EL FORMULARIO, SI NO ES LA PARTE RESPONSABLE	RELACIÓN	FECHA
NOMBRE DEL PROVEEDOR CON LETRA DE MOLDE	FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE/ TUTOR CON LETRA DE MOLDE	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE/TUTOR	FECHA

Distribución: Blanca- Proveedor de HCBS; Blanca – Oficina de HCBS del Distrito; Amarilla – Padre/Madre/Tutor; Rosada – Coordinador de Apoyo

Vea el reverso para las Declaraciones de EOE/ADA.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-6825; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.