**Text

Description automatically generated with low confidence**A picture containing graphical user interface

Description automatically generated

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE NIÑO/JOVEN**

**Apellido Nombre Segundo nombre**

**Fecha de nacimiento** (MM/DD/ AAAA) **/ /**

**Género**   Mujer  Hombre  No binario/ Género no convencional  Transgénero  Otro

**Calle**  **Ciudad**  C. Postal

**Apellido del cuidador Nombre**  **Teléfono del cuidador( )**  **-**

**¿Celular?**  Sí  No **Correo electrónico del cuidador**

**Idioma preferido del cuidador para contactarlo (Seleccionar uno solo):**  Inglés  Español  Creole

**(Opcional) Teléfono del niño/ joven ( )**  **- (si aplica) ¿Celular?**   Sí  No

**(Opcional) Email del niño/ joven**

*The Children's Trust puede comunicarse contigo por correo postal, correo electrónico y/ o mensaje de texto para preguntas sobre tu satisfacción con los servicios y para informarte sobre otros programas, iniciativas y eventos financiados por The Trust que puedan ser de tu interés.*

**¿Cuál es el grado actual del niño/ joven? (Para el verano, selecciona el último grado terminado - Selecciona solo uno):**

**Pre-K**   **Kindergarten**  **Grados 1st-12th (especificar)**

**College**   **Menos de 5 años, sin escuela**  **Sin escuela**

**Miami-Dade County Public Schools ID #**  No M-DCPS ID #

***TODOS LOS ESTUDIANTES QUE ASISTEN A ESCUELAS PÚBLICAS O CHARTER DEBEN TENER UN NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ESCUELA.***

**Escuela o college actual del niño/ joven**

**¿Cuál es el idioma preferido del niño/ joven para contactarle? (Seleccionar solo uno)**

Inglés  Español  Creole

¿En qué **idioma(s) el niño/ joven se siente cómodo para comunicarse? (Seleccionar todas las que correspondan)**

Inglés  Español  Creole  Portugués  Francés  Otro:

**Etnicidad**

¿El niño / joven se identifica como hispano o latina/o/x?  Sí  No ¿Se identifica como haitiano?  Sí  No

**Raza** (Seleccionar una sola):

Indio americano o de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Isleño del Pacífico  Blanco

Birracial o Multirracial  Prefiere autodescribirse

**Queremos conocer mejor a tu hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Cuéntanos más sobre este...**

**¿Cuáles son las principales formas en que tu hijo se comunica? (Marcar todo lo que corresponda)**

|  |  |
| --- | --- |
| Habla y se le entiende fácilmente  Habla, pero se le entiende con dificultad  Usa dispositivos de comunicación como imágenes o pizarra | Usa gestos o expresiones como señalar, halar, sonreír, fruncir el ceño o parpadear  Use lenguaje de signos  Usa sonidos que no son palabras, como reír, llorar o gruñir |

**¿Qué ayuda, si alguna, recibe tu niño/ joven en este momento? (Marcar todo lo que corresponda)**

|  |  |
| --- | --- |
| Servicios o terapia conductual  Consejería sobre preocupaciones emocionales  Medicación diaria (sin incluir vitaminas)  Terapia ocupacional (TO) | Fisioterapia (PT)  Servicios de educación especial en la escuela  Terapia del habla/ lenguaje  Ninguna de las anteriores |

**¿Qué condiciones posee tu niño/ joven que podría durar un año o más? (Marcar todo lo que corresponda)**

|  |  |
| --- | --- |
| Desorden del espectro autista  Retraso en el desarrollo (solo si menor de 5 años)  Discapacidad intelectual/del desarrollo (si mayor de 5 años)  Discapacidad auditiva o sordera  Discapacidad de aprendizaje (edad escolar)  Condición médica o enfermedad  Discapacidad o impedimento físico | Problemas de agresividad o de temperamento  Problemas de atención e hiperactividad (TDAH)  Problemas de depresión o ansiedad  Condición del habla o del lenguaje  Discapacidad visual o ceguera  Otra condición que podría durar un año o más (especificar):    Ninguna condición que dure un año o más |

Si en la pregunta anterior marcaste "Ninguna condición que dure un año o más", omite las siguientes dos preguntas y firma a continuación. Si marcaste alguna otra respuesta en la pregunta anterior, responde las preguntas restantes y firma a continuación.

**¿Alguna de las condiciones mencionadas hace que sea más difícil para tu niño/joven hacer cosas que otros de la misma edad pueden hacer?**  Sí  No

**Para apoyar la participación exitosa de tu niño/ joven en este programa, ¿en qué áreas podrían necesitar asistencia adicional?**

No necesita ayuda específica

Sostener una crayola/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas de motricidad

Deportes o actividades físicas como correr u otras tareas motoras fuertes

Manejo de sentimientos y comportamiento

Actividades académicas, de aprendizaje o lectura

Adaptar actividades para considerar una discapacidad visual o auditiva

Usar dispositivos de asistencia como silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador

Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa

Otra

**¿Hay algo más que creas debemos conocer sobre tu hijo/ joven?**

***Si estás interesado en otros servicios financiados por The Children's Trust, llama al 211 o visita*** [***www.thechildrenstrust.org***](http://www.thechildrenstrust.org)**.   
*Para recursos de necesidades especiales para tu niño/ joven, visita*** [***www.advocacynetwork.org***](http://www.advocacynetwork.org) ***o***[***www.thechildrenstrust.org/content/children-disabilities***](http://www.thechildrenstrust.org/content/children-disabilities)***.***

**Como parte de mi participación voluntaria en este programa, doy mi permiso para que la información recopilada a través de este programa sea enviada a The Children's Trust para fines de evaluación y calidad del programa. The Children's Trust ofrece fondos para que el programa funcione y sigue reglas estrictas de protección de privacidad de datos sobre la información recopilada (por ejemplo, sigue las pautas de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia/FERPA).**

**FIRMA DEL PADRE/ GUARDIÁN**  **FECHA**

**FOR STAFF USE ONLY (*MUST BE COMPLETED*)**

ORGANIZATION SITE

Referred From: