**** 

**FORMULARIO DE INFORMACION DEL MENOR**

**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

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

**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](http://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)**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Terapia o servicios de conducta [ ]  Consejería para problemas emocionales[ ]  Medicación diaria (no incluye vitaminas)[ ]  Terapia ocupacional (OT) | [ ]  Terapia física (PT)[ ]  Servicios de educación especial en la escuela [ ]  Terapia de habla/lenguaje [ ]  Ninguna de las anteriores |

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

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Desorden del espectro autista[ ]  Retraso del desarrollo (si es menor de 5 años)[ ]  Discapacidad intelectual o de desarrollo (mayor de 5 años)[ ]  Discapacidad auditiva o sordera[ ]  Discapacidad del aprendizaje (si está en edad escolar)[ ]  Condición médica o enfermedad  | [ ]  Discapacidad o impedimento físico [ ]  Problemas de agresividad o de temperamento[ ]  Problemas de atención e hiperactividad (ADHD)[ ]  Problemas de depresión o ansiedad[ ]  Condición del habla o del lenguaje[ ]  Discapacidad visual o ceguera [ ]  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***](http://www.thechildrenstrust.org)***. Si necesita encontrar ayuda para servicios especiales para su hijo/a, visite*** [***www.advocacynetwork.org***](http://www.advocacynetwork.org) ***o [www.thechildrenstrust.org/content/children-disabilities](http://www.thechildrenstrust.org/content/children-disabilities).***

**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