

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico/Discapacidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Escuela que asiste, Si aplica: \_\_\_\_\_

Nivel de colocación en la escuela: \_\_\_\_\_

Idioma principal hablado en casa: \_\_\_\_\_

Estilo de aprendizaje preferido del participante: \_\_\_ Auditivo \_\_\_ Visual \_\_\_ Táctil-Kinestésico

### Comunicación

El participante habla verbalmente? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Si no, Usa lenguaje de señas/ASL? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Usan un dispositivo electrónico? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Fortalezas: \_\_\_\_\_

Necesidades, Limitaciones o Restricciones: \_\_\_\_\_

### Movimiento/Movilidad

Fortalezas: \_\_\_\_\_

Necesidades, Limitaciones o Restricciones: \_\_\_\_\_

### Sensorial (visión, audición, táctil, etc.)

Fortalezas: \_\_\_\_\_

Necesidades, Limitaciones o Restricciones: \_\_\_\_\_

### Tipos de actividades/Entrada sensorial

Evita las siguientes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pedir las siguientes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Comportamiento/Social

Fortalezas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Necesidades, Limitaciones o Restricciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Emocional

Los síntomas de agitación o infelicidad son: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipos de eventos /actividades que puedan desencadenar molestias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lo que puede ayudar a recuperar el equilibrio emocional es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Habilidades de autoayuda (comer, ir al baño, lavarse las manos, etc.)

Fortalezas: \_\_\_\_\_

Necesidades, Limitaciones o Restricciones: \_\_\_\_\_

Salud General/ Médica

Fortalezas: \_\_\_\_\_

Necesidades, Limitaciones o Restricciones: \_\_\_\_\_

Si puede leer, en qué grado aproximado: \_\_\_\_\_

Estado aproximado del nivel de desarrollo, en años: \_\_\_\_\_

Lista de intereses favoritos, pasatiempos, actividades: \_\_\_\_\_

Especifique cualquier incentivo o recompensa que sea particularmente efectivo: \_\_\_\_\_

Especifique cualquier alergia: \_\_\_\_\_

Tendrán un "EpiPen" con ellos: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Especifique cualquier restricción alimenticia: \_\_\_\_\_

Especifique cualquier restricción de actividades: \_\_\_\_\_

Cualquier historia de ataques: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si es Si: Tipo: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Fecha/lugar del Sacramento del Bautismo: \_\_\_\_\_

Fecha/lugar del Sacramento de Primera Reconciliación: \_\_\_\_\_

Fecha/lugar del Sacramento de la Primera Comunión: \_\_\_\_\_

Fecha/lugar del Sacramento de la Confirmación: \_\_\_\_\_

**Contacto Principal:** \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la del participante): \_\_\_\_\_

**Contacto Secundario:** \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la del participante): \_\_\_\_\_