

Nombre del participante: _____ Apodo: _____

Diagnósticos/Discapacidades: _____ 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 Tácto

Comunicación

El participante se comunica verbalmente? Si No

El participante usa lenguaje de señas/ASL? Si No

El participante 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): _____
