

DIOCESIS DE ORANGE



(NOMBRE DE LA IGLESIA: _____)
Formulario de Ingreso del Plan Individualizado de Educación Religiosa

INFORMACION GENERAL:

Nombre del participante _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____

Nombre del Padre _____ Tel. Casa _____ *Cell _____

Nombre de la Madre _____ Tel. Casa _____ *Cell _____

(El Celular pudiera utilizarse para mensaje de texto si se le necesita durante la misa en el salón de clases).

Dirección electrónica (E mail) _____ Registrado en la Parroquia _____

Discapacidad del participante (opcional) _____

Idioma que se habla en casa _____

EDUCACION

Tipo de salón en el cual el estudiante está ubicado (marque uno)

- SDC Mild-Moderate (Educación especial media-moderada)
- SDC Moderate-Moderate (Educación especial-moderada-moderada)
- SDC Moderate-Severe (Educación especial moderada-severa)
- General Ed w/Disability Services (educación general con servicios de discapacidad)
- General Ed w/RSP (Educación general con recursos de programas especiales)
- General Ed. (Educación general)
- Transición a adulto
- Clases para audición
- Transporte para sordos
- Clases institucionales para sordos

Grado Escolar del participante _____

Nivel de desarrollo en que funciona el estudiante (aproximadamente) _____

¿Tiene el participante un IEP (Programa Especial de Educación)? Sí ____ No _____

¿Está de acuerdo en compartir el IEP con la iglesia de nombre _____
para ayudar en las metodologías conocidas para exitosamente educar al participante?
Sí__ - No____

CONFIDENCIAL

EVENTOS RELIGIOSOS

(Indique que sacramentos ha recibido el niño)

-----Bautismo ----Eucaristía -----Reconciliación----Confirmación

El participante asiste a la Iglesia ---- Semanalmente -----En ocasiones ---Nunca

Describe la Educación Religiosa previa del participante:_____

CONDICIONES DE SALUD

- ALERGIAS

Anote todas las alergias conocidas y describa la naturaleza de esas alergias:_____

Instrucciones para el cuidado del participante en caso de una reacción alérgica_____

Anote alguna dieta o restricciones especiales_____

Anote una lista de las comidas que el participante puede comer_____

- ATAQUES EPILEPTICOS

----El participante no tiene antecedentes de enfermedades de ataques

----El estudiante tiene antecedentes de enfermedades de ataques

(Por favor llene el protocolo de ataques epilépticos de la Diócesis)

Firma de Iniciales _____

Describe la frecuencia y duración _____

Describe la apariencia del ataque_____

- MOVILIDAD

___El participante es ambulatorio y no necesita de ninguna ayuda

CONFIDENCIAL

----El participante necesita de alguna ayuda (describa)_____

---- El participante utiliza los siguientes apoyos de movilidad

-----Silla de ruedas sin necesidad de ayuda

----Silla de ruedas con necesidad de ayuda (describa)_____

----Andadera

----Bastón

----Muletas

---Aparato/s ortopédico/s

----Otros_____

- Otras Condiciones de Salud

----Lentes (describa algún arreglo necesario en el salón de clases)_____

----Lentes de contacto (Describa algún arreglo necesario en el salón de clases)_____

----Asma (describa que tan frecuentemente se necesita el inhalador u otras instrucciones)

----Alguna otra información o necesidades de salud_____

- Sanitario

----Independiente

----Necesita alguna ayuda ----Orina -----Defecación

----Ayuda completa ----Orina -----Defecación

----Catéter: ----Todo el día -----Parte del día

*Los participantes que requieran ayuda personal de cualquier tipo en áreas de higiene personal deberán tener un asistente personal con ellos en el sitio para atender a esas necesidades. El personal de la Parroquia o los voluntarios NO puedan ayudar en esas áreas.

Firma de iniciales_____.

COMUNICACION

Describa el método principal de comunicación del participante_____

¿Como se comunica el niño? (anote todo lo que aplique)

----Se entiende su lenguaje

CONFIDENCIAL

----Es difícil de entender su lenguaje (cual es la mejor forma de comunicarse):____

----Idioma Norteamericano de Señales -----SEE ----PSL

Se necesita un interprete ----Sí ----No----

----Artefacto de ayuda (ALD por sus siglas en Inglés)

Tiene:

----Implante Coclear. Si lo tiene en que oído/s _____

----Ayuda auditiva

----Artefacto amplificador

----Braille

Es necesario un interprete Sí---- No-----

----iPad o iPod

----Otro dispositivo tecnológico

----Libro/pizarrón de comunicación

----Forma conocida no verbal; de hacer entender.

----Otros _____

- Lenguaje Receptivo

----El participante puede seguir la mayoría de las conversaciones

----Frasas cortas recomendadas con vocabulario simple

----Instrucciones recomendadas un paso a la vez

- Lenguaje Expresivo

----El participante no tiene dificultad para dar respuestas verbales

----El participante es capaz de responder con frases breves

----El participante es capaz de dar respuestas de una sola palabra

----El participante es capaz de respuestas de si y no

----El participante responde apuntando visualmente (ejemplo sistema PECS)

- Habilidad de Lectura y Escritura

----El participante no tiene dificultad en lectura /escritura en su nivel de año escolar

----El participante tiene alguna dificultad y lee/escrive en el nivel de ----año escolar

----El participante esta limitado visualmente y necesita materiales en:

----Letras grandes

----Braille

----En grabación

----El participante escribe en un artefacto electrónico

CONFIDENCIAL

- Estilo de Aprendizaje

El participante aprende mejor cuando el o ella:

----Escucha

----Ve

- Toca
- Participa haciendo
- Habla acerca de

COMPRTAMIENTO/ BIENESTAR

Por favor describa el comportamiento del participante. (Considere el nivel de actividad, comportamientos agresivos, rabietas e interacción con otros):_____

Que origina estos comportamientos:_____

Que es lo mejor para calmarlos _____

Describe algunas actividades u objetos a los que el participante les tiene aversión (Ejemplo sonidos, texturas, luz, etc.):_____

Describe algún comportamiento sensitivo que busque (Ejemplo brincar, dar vueltas, tocar, etc.):_____

Cuales son algunos de los motivadores o disciplinas;_____

CONFIDENCIAL

Cuales son las fortalezas del participante:_____

Otros comentarios e información adicional_____

Entiendo que este informe contiene datos confidenciales que pudiera ser compartida con miembros del equipo de educación religiosa que ha estado de acuerdo en la confidencialidad de las Reglas de Seguridad y Privacidad (HIPPA).

Padre o Tutor: _____ Fecha _____

Por el presente autorizo a _____ para suministrar tratamiento médico de emergencia para (nombre del niño) _____ y si es necesario sea transportado al hospital más cercano. Entiendo que yo soy financieramente responsable por cualquier tratamiento médico necesario, tenido y/o otorgado en este sentido.

Padre o Tutor _____ Fecha _____