

EVALUACIÓN DE PARTICIPACIÓN

FORMULARIO



CONFIDENCIAL

Este formulario es válido por un (1) año a partir de la fecha de recepción. Sólo para uso de oficina.

Fecha de recepción: _____

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA CLARA O A MÁQUINA

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE <input type="checkbox"/> Nuevo participante <input type="checkbox"/> Actualización de información			
Nombre (Apellido, Nombre):		Nombre preferido:	Fecha de nacimiento: (XX/XX/XXXX)
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Idioma principal hablado/comprendido:			
Dirección de correo electrónico:		Número de teléfono:	Método de contacto preferido (marque todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico
¿Quiere recibir publicidad y boletines informativos por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Género/Pronombres: (opcional)	Altura:	Peso:
Contacto de emergencia (no es el mismo que el siguiente) :	Relación:	Número de teléfono:	
INFORMACIÓN REPRESENTATIVA: El padre, tutor legal, CCS o trabajador social completa esta sección			
Nombre (primero el Apellido):		Relación:	Idioma principal hablado/comprendido:
Dirección (si es diferente a la anterior):	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:		Número de teléfono:	Método de contacto preferido (marque todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico

INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD

Diagnóstico: (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Discapacidad física
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/> PTSD/PTSI
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Diabetes (<i>presentar plan de atención</i>)	<input type="checkbox"/> Trastorno del procesamiento sensorial
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Trastorno emocional	<input type="checkbox"/> Espina bífida
<input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Trastorno convulsivo (<i>presentar plan de atención</i>)	<input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal
<input type="checkbox"/> Comportamiento	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Ciego/baja visión	<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Trauma (emocional/físico)
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral (PC)	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple (EM)	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática
<input type="checkbox"/> Sordo/con problemas de audición	<input type="checkbox"/> Neurológico	<input type="checkbox"/> No identificado
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Trastorno de oposición desafiante (TND)	<input type="checkbox"/> Otro _____

MEDICAMENTO

¿El participante toma algún medicamento relacionado con su diagnóstico? Sí No

¿El participante toma descansos para tomar medicamentos? Sí No

Periodo de tiempo: _____

El Departamento ofrece servicios de salud limitados y no realiza procedimientos de salud invasivos. El personal del Departamento NO está autorizado para realizar procedimientos que deban administrarse de manera intrusiva o invasiva (lo que incluye algunos medicamentos vitales). Esto puede incluir, entre otros, los medicamentos que requieren la administración a través de los siguientes métodos: por vía intravenosa, supositorio, jeringa, cateterismo o aspiración. Entendemos que algunos niños/participantes no pueden asistir a los programas a menos que se puedan brindar servicios de salud durante el horario del programa. En tales casos, el equipo de Servicios para personas con discapacidades (acceso a programas y recreación terapéutica) trabajará con su familia para brindar opciones de modificación para apoyar la participación de su hijo(a)/participante.

Visión

<input type="checkbox"/> Dentro de los límites normales	<input type="checkbox"/> Usa anteojos o Lentes correctivos	<input type="checkbox"/> Baja visión	<input type="checkbox"/> Ciego
---	--	--------------------------------------	--------------------------------

Audición

<input type="checkbox"/> Dentro de los límites normales	<input type="checkbox"/> Sordo	<input type="checkbox"/> Problemas de audición	<input type="checkbox"/> Usa audífonos <input type="checkbox"/> Implantes cocleares
---	--------------------------------	--	--

Movilidad

<input type="checkbox"/> Camina de forma independiente	<input type="checkbox"/> Camina con ayuda de una persona	<input type="checkbox"/> Camina con Dispositivo (es decir, bastón)	<input type="checkbox"/> Dificultad con superficies desiguales
<input type="checkbox"/> Utiliza silla de ruedas <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Eléctrica <input type="checkbox"/> Utiliza scooter	<input type="checkbox"/> Puede trasladarse de una silla de ruedas a un asiento <input type="checkbox"/> Utiliza tabla deslizante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Con asistencia <input type="checkbox"/> Transferencia de soporte/pivote <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Con asistencia <input type="checkbox"/> 1 persona <input type="checkbox"/> 2 personas <input type="checkbox"/> Elevación manual/hidráulica	<input type="checkbox"/> Soporte de peso <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Actividad física <input type="checkbox"/> Corta duración <input type="checkbox"/> Larga duración <input type="checkbox"/> Baja intensidad <input type="checkbox"/> Alta intensidad	<input type="checkbox"/> Ortesis <input type="checkbox"/> Ortodoncia <input type="checkbox"/> Prótesis

ALERGIAS

No se conocen alergias El participante es alérgico a lo siguiente: (escriba con letra legible)

Comida	Ambiental	Medicamentos	Otro
Reacción vista/Administración	Reacción vista/Administración	Reacción vista/Administración	Reacción vista/Administración

Restricciones alimentarias (no relacionadas con alergias):

PREFERENCIAS DE LOS PARTICIPANTES

INTERACCIONES	GÉNERO DEL PERSONAL	HABILIDADES PARA LA VIDA	
<input type="checkbox"/> Prefiere la interacción con sus compañeros <input type="checkbox"/> Prefiere la interacción con adultos <input type="checkbox"/> Interactúa bien con sus compañeros <input type="checkbox"/> No interactúa bien con sus compañeros <input type="checkbox"/> Interactúa bien con los adultos <input type="checkbox"/> No interactúa bien con	El participante responde mejor a: <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Responde por igual a ambos *Tenga en cuenta que no podemos garantizar personal o géneros específicos; pero hacemos todo lo posible para encontrar la mejor opción.	<input type="checkbox"/> Administra su propio dinero <input type="checkbox"/> Responsable de sus propias pertenencias <input type="checkbox"/> Cómodo usando el transporte público	
PREFERENCIA DE TAMAÑO DEL GRUPO	ESTRUCTURA DEL PROGRAMA	PREFERENCIA DE ACTIVIDAD	
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Grupo pequeño (menos de 12) <input type="checkbox"/> Mediano (más de 12) <input type="checkbox"/> Grupo grande (más de 30) <input type="checkbox"/> Depende del entorno	<input type="checkbox"/> Altamente estructurado <input type="checkbox"/> Poco estructurado <input type="checkbox"/> Bajo grado de cambios/pocas transiciones <input type="checkbox"/> Variedad de opciones <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> En el interior <input type="checkbox"/> Artes y manualidades <input type="checkbox"/> Competitivo <input type="checkbox"/> Juego de representación <input type="checkbox"/> Música	<input type="checkbox"/> Al aire libre <input type="checkbox"/> Movimiento <input type="checkbox"/> Aventura <input type="checkbox"/> Juegos de cartas <input type="checkbox"/> Juegos de mesa
MEJORES MÉTODOS PARA ENSEÑAR	INFORMACIÓN ADICIONAL		
<input type="checkbox"/> Enseñanza previa <input type="checkbox"/> Demostraciones <input type="checkbox"/> Indicaciones verbales <input type="checkbox"/> Apoyo de mano sobre mano <input type="checkbox"/> Ayudas visuales <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avisos de objetos <input type="checkbox"/> Gestos <input type="checkbox"/> Compañero <input type="checkbox"/> Equipo adaptable <input type="checkbox"/> Otro: _____	Qué le gusta:		
	Qué no le gusta:		
	Miedos fuertes:		

COMUNICACIÓN *(marque todo lo que corresponda)*

<input type="checkbox"/> Comunica eficazmente las necesidades básicas (comida, agua, refugio, seguridad, baño, etc.)	
<input type="checkbox"/> Comunica su propio nombre	<input type="checkbox"/> Comunica el nombre y número del contacto de emergencia
<input type="checkbox"/> Habla claramente	<input type="checkbox"/> Gestos
<input type="checkbox"/> Habla, pero tiene dificultad para entender	<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas básico
<input type="checkbox"/> Comunicación verbal limitada	<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas conversacional
<input type="checkbox"/> No verbal	<input type="checkbox"/> Sistema de mirada ocular
<input type="checkbox"/> Utiliza sonidos (por ejemplo, gruñidos, llantos, chillidos,	<input type="checkbox"/> Tecnología (es decir, iPad, computadora portátil):
<input type="checkbox"/> Tablero de comunicación/carpeta casera (imágenes visuales/fotos)	<input type="checkbox"/> Ayuda de comunicación (dispositivo de voz pregrabada es decir, GoTalk)
<input type="checkbox"/> Sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS)	<input type="checkbox"/> Otros (horarios visuales, temporizadores visuales)
<input type="checkbox"/> El dispositivo de comunicación acompañará al usuario a la configuración del programa para garantizar una comunicación efectiva	

PROCESAMIENTO Y COMPRENSIÓN DE LA INFORMACIÓN

<input type="checkbox"/> Reconoce su propio nombre cuando le hablan	<input type="checkbox"/> No procesa la dirección
<input type="checkbox"/> Puede procesar y actuar según instrucciones de uno o dos pasos inmediatamente	<input type="checkbox"/> Responde a instrucciones en un grupo grande (más de 12)
<input type="checkbox"/> Necesita tiempo para procesar y actuar según instrucciones de	<input type="checkbox"/> Responde a instrucciones en grupos pequeños (12 o menos)
<input type="checkbox"/> Necesita señales verbales, indicaciones o un segundo	<input type="checkbox"/> Necesita instrucciones escritas/imágenes
<input type="checkbox"/> Necesita señales o indicaciones físicas (mano sobre mano)	<input type="checkbox"/> Otro

HABILIDADES TECNOLÓGICAS *(Aplica a Programas Virtuales)*

<input type="checkbox"/> Se siente cómodo con conocimientos básicos de informática <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> auto-silenciar/activar el silencio <input type="checkbox"/> escribir/voz en el chat <input type="checkbox"/> encender/apagar la cámara <input type="checkbox"/> mover/hacer clic con el mouse para navegar por la configuración virtual 	<p>¿El participante utiliza equipos de tecnología adaptativa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Por favor indique el equipo utilizado:</p>
--	---

PROCESAMIENTO SENSORIAL

¿Existe alguna necesidad sensorial que el personal de Servicios para Discapacitados deba tener en cuenta?

Sí No (Si no, pase a Seguridad y Supervisión)

¿Es el participante un buscador sensorial o un evitador sensorial? Buscador Evitador

<u>Visual</u>	<u>Aversión/búsqueda del sonido</u>	<u>Oral</u>	<u>Aroma</u>
<input type="checkbox"/> Gafas de sol/Tonos oscuros <input type="checkbox"/> Lámparas de lava <input type="checkbox"/> Inquieto con las luces <input type="checkbox"/> Reloj de arena	<input type="checkbox"/> Auriculares con reducción de ruido <input type="checkbox"/> Tapones para los oídos <input type="checkbox"/> Generadores de ruido	<input type="checkbox"/> Objetos masticables <input type="checkbox"/> Comida crujiente <input type="checkbox"/> Chicle	<input type="checkbox"/> Descansos de estímulos <input type="checkbox"/> Aromaterapia
<u>Táctil</u>	<u>Automovimiento/Posición del cuerpo</u>	<u>Vestibular</u>	<u>Otro</u>
<input type="checkbox"/> Cambios de ropa adicionales <input type="checkbox"/> Hipersensible al tacto <input type="checkbox"/> Hiposensible al tacto <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chaleco/manta con peso <input type="checkbox"/> Animal de peluche pesado <input type="checkbox"/> Inquietos/manipuladores: (sensaciones favoritas)	<input type="checkbox"/> Capacidad para pararse en la mesa en lugar de sentarse <input type="checkbox"/> Banda de patada para silla <input type="checkbox"/> Cojines de asiento <input type="checkbox"/> Vibración <input type="checkbox"/> Exploración del camino sensorial	<input type="checkbox"/> Pelota de ejercicio <input type="checkbox"/> Tabla de equilibrio <input type="checkbox"/> Saltar en trampolín <input type="checkbox"/> Girando <input type="checkbox"/> Balanceo <input type="checkbox"/> Ejercicio físico	

NOTA: Algunos programas se llevan a cabo en lugares ruidosos, al aire libre y en diferentes condiciones climáticas. Tenga en cuenta en caso de que el participante sea especialmente sensible a la suciedad, las luces, la calefacción/refrigeración, la humedad, los ruidos, etc.

SEGURIDAD

<input type="checkbox"/> Conciencia del peligro <input type="checkbox"/> Consciente de la seguridad del agua <input type="checkbox"/> Se quedará con el grupo <input type="checkbox"/> Deambula y permanecerá en proximidad Capaz de comunicarse: <input type="checkbox"/> propio nombre <input type="checkbox"/> seguirá las direcciones del personal/ las autoridades	<input type="checkbox"/> Lleva un identificador de seguridad <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pulsera de identificación <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Etiqueta de cordón <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Se fuga/Huye del entorno <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> busca agua <input type="checkbox"/> busca un entorno específico: _____ <input type="checkbox"/> busca transporte Respuesta a los recursos de búsqueda y rescate (cumplimiento de la ley/perros de búsqueda): <input type="checkbox"/> Huir/Miedo/Escondarse <input type="checkbox"/> Seguro/Protegido/Resolutivo <input type="checkbox"/> Otro:
Información del dispositivo de seguimiento GPS (si corresponde):		
Nombre del dispositivo de seguimiento GPS:	A quién contactar:	
Número de identificación:	Otra información:	

ACTITUD/ÁNIMO GENERAL (marque todo lo que corresponda)

Describa la actitud y el estado de ánimo general del participante en entornos recreativos/sociales:

<input type="checkbox"/> Introverso	<input type="checkbox"/> Alegre	<input type="checkbox"/> Competitivo	<input type="checkbox"/> Ansioso
<input type="checkbox"/> Extroverso	<input type="checkbox"/> Retraído/tímido	<input type="checkbox"/> Impulsivo	<input type="checkbox"/> Manipulador
<input type="checkbox"/> Se agita fácilmente	<input type="checkbox"/> Feliz	<input type="checkbox"/> Calmado	<input type="checkbox"/> Pasivo
<input type="checkbox"/> Sin preocupaciones	<input type="checkbox"/> Otro:		

Información adicional:

DESENCADENANTES

¿Hay algún desencadenante emocional, ambiental o situacional? Sí No

(es decir, los sonidos fuertes indican que sale corriendo de la habitación, las transiciones provocan un colapso o una rabieta, si le dicen que no hace que grite)

Desencadenante	Respuesta del participante

¿Se utilizan acciones, palabras o frases clave para detener el comportamiento y redirigir? Sí (por favor explique) No

INDICADORES DE COMPORTAMIENTO Y RESPUESTAS

(seleccione todas las opciones que correspondan)

¿Hay acciones observables que conduzcan a conductas desafiantes? Sí No

<input type="checkbox"/> Morderse las uñas	<input type="checkbox"/> Vocalización (sonidos/ruidos/frases específicos)
<input type="checkbox"/> Morderse a uno mismo	<input type="checkbox"/> Balancearse hacia adelante y hacia atrás
<input type="checkbox"/> Respiración pesada	<input type="checkbox"/> Otro: (enumere)
<input type="checkbox"/> Deambula/Se fuga/Huye	

RESPUESTAS DE COMPORTAMIENTO:	<i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> Autoexpresión apropiada	
<input type="checkbox"/> Verbalmente agresivo	
<input type="checkbox"/> Físicamente destructivo/combativo	
<input type="checkbox"/> Se retira	
<input type="checkbox"/> Otro:	

Cuando está molesto, ¿cómo suele responder el participante? (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Se aleja	<input type="checkbox"/> Habla/le cuenta al	<input type="checkbox"/> Toma tiempo para calmarse	<input type="checkbox"/> Deambula/abandona el
<input type="checkbox"/> Usa malas palabras o palabras negativas	<input type="checkbox"/> Destruye la propiedad	<input type="checkbox"/> Es agresivo con los demás	<input type="checkbox"/> Usa malas palabras o palabras negativas
<input type="checkbox"/> Verbalmente agresivo			

Otro, *Explique aquí:*

Describa la reacción típica del participante a lo siguiente y diga cómo debe responder el personal.

CAMBIOS EN LA RUTINA:

NIVEL DE RUIDO/RUIDOS FUERTES REPENTINOS:

MIEDOS/FOBIAS: (Por favor enumere aquí)

¿Tiene el participante un Plan de Comportamiento implementado Sí (adjunte) No
(en casa, escuela, etc.)?

CUIDADO PERSONAL

(seleccione todas las opciones que correspondan)

USO DEL BAÑO

<p>Ir al baño</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Supervisión directa <input type="checkbox"/> Indicaciones verbales <input type="checkbox"/> Requiere asistencia física <p>Más instrucciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ropa interior desechable <input type="checkbox"/> Toallitas húmedas <input type="checkbox"/> Catéter* <input type="checkbox"/> Bolsa de colostomía* 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reconoce la necesidad de usar el baño <input type="checkbox"/> Requiere un recordatorio para usar el baño <input type="checkbox"/> Cada _____ minuto <input type="checkbox"/> Cada _____ hora <input type="checkbox"/> Horario específico para ir al baño (por favor explicar o adjuntar) <hr/> <p>Lavado de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Supervisión directa <input type="checkbox"/> Indicaciones verbales <input type="checkbox"/> Indicaciones físicas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Equipo adaptable <input type="checkbox"/> Asiento de inodoro elevado <input type="checkbox"/> Asiento de inodoro con barras de apoyo <input type="checkbox"/> Barras de apoyo para la pared <input type="checkbox"/> Taburete para pies <input type="checkbox"/> Ayuda para limpiar (no proporcionada por el Departamento) <input type="checkbox"/> Menstruación (período)** <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Necesita asistencia parcial <input type="checkbox"/> Necesita asistencia completa <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Producto(s) de cuidado femenino utilizados <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Forro/Toallas/Pañal <input type="checkbox"/> Tampón <input type="checkbox"/> Copa Menstrual
--	---	---

*Los participantes con catéteres y/o bolsas de colostomía deben ser independientes en el manejo o traer un Acompañante.

** El personal de apoyo solo puede brindar asistencia con toallas sanitarias o pañales. Si un participante usa tampones/copas, debe ser independiente o traer un Acompañante.

VENDAJE

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Necesita ayuda <input type="checkbox"/> Necesita asistencia completa <input type="checkbox"/> Muda de ropa proporcionada para su uso durante el horario del programa 	<p><input type="checkbox"/> Necesita ayuda con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Botones <input type="checkbox"/> Broches <input type="checkbox"/> Cremalleras <input type="checkbox"/> Velcro <input type="checkbox"/> Cordones (atar) <input type="checkbox"/> Zapatos/calzetines 	<p><input type="checkbox"/> Descripción de la asistencia necesaria:</p>
---	--	---

COMER

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Independiente con los bocadoillos <input type="checkbox"/> Alguna ayuda <input type="checkbox"/> Asistencia completa <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con el control de las porciones <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con la configuración <input type="checkbox"/> Sonda G <input type="checkbox"/> Utiliza bombilla <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Líquidos espesados <input type="checkbox"/> Alimentos con puré <input type="checkbox"/> Sólo bebidas <input type="checkbox"/> Otro: 	<p><input type="checkbox"/> Utiliza dispositivos adaptables, enumere y describa el uso:</p> <p>* Los dispositivos adaptables deben enviarse al programa</p>	
--	--	--

Comentarios adicionales:

COMENTARIOS SOBRE LA RECREACIÓN

¿Es esta la primera experiencia recreativa de M-NCPPC para el participante? Sí No
En caso negativo, ¿cuál fue el último programa al que asistió?

¿Ha concurrido el participante a eventos/actividades comunitarias inclusivas fuera de M-NCPPC? Sí No
Por favor enumere:

METAS DE PARTICIPACIÓN

¿Cuáles son los objetivos para usted/el participante mientras está inscrito en el programa/evento? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

Participación en actividades de ocio (exposición a una variedad de actividades)
 Desarrollo de habilidades para actividades de ocio
 Socialización (interacción/desarrollar amistad con compañeros)
 Desarrollar/practicar habilidades de afrontamiento

Practicar escuchar/seguir instrucciones
 Aptitud física/bienestar
 Mejorar las habilidades de participación en grupo
 Otro: *(enumere aquí)*

PARTICIPANTES EN EDAD ESCOLAR (si corresponde)

Nombre de la escuela:

Grado escolar actual:

Configuración del aula primaria:

Inclusivo (Tradicional) Autónomo Combinado

Proporción de personal por estudiante:

¿El participante tiene un asistente o recibe alguna asistencia adicional en la escuela? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo o en qué calidad se brinda la asistencia?

¿Tiene el participante un Plan de Educación Individual (IEP) vigente? Sí (adjunte) No

¿Tiene el participante un plan 504? Sí (adjunte) No

¿Tiene el participante un Plan de intervención de conducta (BIP) para la escuela? Sí (adjunte) No

APOYOS COMUNITARIOS ADICIONALES

¿Recibe el participante algún otro apoyo en el hogar/comunidad? Sí No

Tipo de apoyo	Agencia que brinda apoyo	Nombre de la persona de apoyo

INFORMACIÓN ADICIONAL

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Acción	Fechas
Fecha de evaluación inicial	
Recomendaciones/Plan de recreación desarrollado	
Reunión de revisión de modificaciones de 30 días	
Reunión de revisión de modificaciones de 60 días	
Reunión de revisión de modificaciones de 90 días	
Fechas de revisión de modificaciones/reuniones de padres	