Remueva el formulario

DD-097-2-PFS (11-06)

ORIENTACIÓN PREVIA AL SERVICIOS PARA PROVEEDORES

NOMBRE DEL INDIVIDUO *(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre.)*	NÚM. de ASSISTS	FECHA DE NACIMIENTO

DIETA

COMIDA:

INDEPENDIENTE CON UTENSILIOS	INDEPENDIENTE CON UTENSILIOS ESPECÍFICOS	NECESITA AYUDA LIMITADA	NECESITA AYUDA SIGNIFICATIVA
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

LA COMIDA PRESENTA UN RIESGO DE AHOGO
☐ Sí ☐ No Consistencia requerida de la comida ☐ Normal ☐ Picada ☐ Majada (puré)

DIETA ESPECIAL

ALIMENTACIÓN POR TUBO *(Instrucciones especiales necesarias)*	TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN *(Describe)*
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

BEBIDAS:

INDEPENDIENTE CON TAZA/VASO	INDEPENDIENTE CON ENVASE ADAPTIVO	NECESITA AYUDA LIMITADA	NECESITA AYUDA SIGNIFICATIVA
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

INDEPENDIENTE PARA OBTENER/ PEDIR BEBIDAS
☐ Sí ☐ No Describa el equipo adaptivo para comer/beber:

DESCRIBA CUALQUIER NECESIDAD ESPECIAL PARA INGERIR LÍQUIDOS

SISTEMA PARA INGESTIÓN DE LÍQUIDOS *(Si es pertinente)*

COMUNICACIÓN

CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN: *(marque todo lo aplicable)*
☐ Use oraciones complejas ☐ Use oraciones simples ☐ Señas ☐ Asiente o niega con la cabeza ☐ Gestos

DESCRIBA LOS APARATOS PARA AYUDAR CON LA COMUNICACIÓN *(si es pertinente)*

MOVILIDAD

EQUILIBRIO AL ESTAR DE PIE
☐ Excelente *(no es problema)* ☐ Moderado *(tropieza, etc.)* ☐ Pobre *(muy inestable; se cae)*

UTILIZA APARATOS ADAPTIVOS PARA EL EQUILIBRIO ☐ Sí ☐ No

MOVILIDAD INDEPENDIENTE *(marque lo aplicable)*
☐ Gatea/se desliza ☐ Se arrodilla ☐ Se pone de pie ☐ Camina ☐ Corre ☐ Trepa

MOVILIDAD/EQUILIBRIO *(marque todo lo aplicable)*
☐ N/A ☐ Andador ☐ Bastón ☐ Muletas ☐ AFOs ☐ Braguero para piernas ☐ Silla de ruedas ☐ Otro *(especifique)*

INSTRUCCIONES PARA SITUARLE (COLOCACIÓN EN POSICIÓN)	INSTRUCCIONES PARA LEVANTAR/CARGAR

CAPACIDADES DE CUIDADO PERSONAL *(marque todo lo aplicable)*

	VESTIRSE	ASEO PERSONAL	BAÑARSE	CUIDADO DENTAL	MENSIS	TOMAR MEDICINA	OTRA
Independiente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Necesita que le animen/recuerden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Necesita ayuda/supervisión limitada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Necesita ayuda/supervisión significativa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SI ES PERTINENTE, DESCRIBA NECESIDADES Y PREFERENCIAS ESPECIALES PARA EL CUIDADO PERSONAL

PROBLEMAS DE CONDUCTA *(si es pertinente)* Capitación de CIT ☐ Sí ☐ No

DESCRIPCIÓN BREVE	FRECUENCIA APROXIMADA	INTERVENCIÓN RECOMENDADA
Agresión		
Lastimarse a sí mismo(a)		
Destrucción de Propiedad		
Ausente sin permiso		
Auto-estimulación		
Se expresa de maneras sexuales		
Otra		

HAY DISPONIBLE UN PLAN DE TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA (BTP) PARA MAS INFORMACIÓN	RAZÓN PARA EL PLAN BTP
☐ No ☐ Sí	

MÉTODO UTILIZADO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN *(En persona, archivo del caso, etc.)*

FIRMAS

FIRMA DE LA PERSONA QUIEN LLENA EL FORMULARIO, SI NO ES LA PARTE RESPONSABLE	RELACIÓN	FECHA
NOMBRE DEL PROVEEDOR CON LETRA DE MOLDE	FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE/ TUTOR CON LETRA DE MOLDE	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE/TUTOR	FECHA

Distribución: Blanca- Proveedor de HCBS; Blanca – Oficina de HCBS del Distrito; Amarilla – Padre/Madre/Tutor; Rosada – Coordinador de Apoyo

Vea el reverso para las Declaraciones de EOE/ADA.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ◆ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-6825; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.