

# PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL

## PARA JOVENES CON NECESIDADES ESPECIALES



El llenar esta forma completamente nos permitirá mejor servirle a su hijo(a). Padres de quien sus hijos requieran arreglos razonables deben reunirse con el director(a) del YMCA antes de poder asistir al programa.

**NOMBRE DEL NIÑO(A)** \_\_\_\_\_ **ESCUELA/CAMPAMENTO** \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

¿Califica su hijo(a) para recibir servicios de Educación Especial por medio de la escuela?  Yes  No

Mencione discapacidades específicas, alergias, o condiciones de salud especiales de su hijo(a): \_\_\_\_\_

¿Padece su hijo(a) de algún desorden de comportamiento?  Sí  No

De ser así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Estas condiciones han sido diagnosticadas por un médico?  Sí  No

¿Padece su hijo(a) de problemas del corazón?  Sí  No

De ser así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Padece su hijo(a) de ataques (seizures)?  Sí  No

De ser así, por favor mencione el tipo, frecuencia, y procedimientos a seguir durante e inmediatamente pasando el ataque (continúe escribiendo en la parte de atrás de la hoja si es necesario): \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) alergias específicas?  Sí  No

Por favor mencione el tipo de alergia y alérgenos específicos a evadir: \_\_\_\_\_

Por favor mencione tratamientos usados durante un ataque de alergia: \_\_\_\_\_

¿Padece si hijo(a) de diabetes?  Sí  No

De ser así, por favor mencione alguna rutina específica que su hijo(a) tenga: \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo(a) algún equipo especial?  Silla de ruedas  Abrazadera de cuerpo  Muleras  Bastón  Caminadoras

Audífono de Escucha  Marcapasos  Otro: \_\_\_\_\_

¿Requiere su hijo(a) alguna ayuda especial mientras se sienta?  Sí  No

¿Tiene su hijo(a) alguna dificultad de comunicación?  Sí  No

De ser así, por favor describa en toda su extensión las dificultades y cualquier método usado para compensar las dificultades (ej. lenguaje de señas, tablero del habla, leer los labios): \_\_\_\_\_

¿Es requerido un intérprete?  Sí  No

¿Necesita su hijo(a) supervisión especial mientras nada?  Sí  No

¿Requiere su hijo(a) cualquier tipo de ayuda para usar el baño?  Sí  No

Mi hijo(a) requiere ayuda mínima. Por favor explique: \_\_\_\_\_

Mi hijo(a) no es capaz de usar el baño por sí mismo(a). Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Requiere su hijo(a) ayuda para comer o beber?  Sí  No

De ser así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Hay restricciones dietéticas para su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del director(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Last Name

First Name

Date