

PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL



El Y quiere que su hijo(a) tenga la mejor experiencia posible. Para ayudar con este esfuerzo, le pedimos que complete este formulario solo si hay preocupaciones especiales o situaciones que tu sientas que necesitemos saber. Lo más detallada que este la información "pistas" de ayuda que nos pueda proporcionar, lo mejor preparados que estaremos para trabajar con su hijo(a). Esta información se mantendrá confidencial. Solo el/la directo(a), personal de liderazgo apropiado y consejero(s) tendrán acceso a la información en esta forma (debajo). Padre/Tutor Legal de quien su hijo(a) requiera acomodaciones razonables deben reunirse con el director(a) antes de que comience la asistencia en el programa.

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Si su hijo padece de alergias, diabetes o ataques; por favor marque el tipo, frecuencia y procedimientos a seguir durante e inmediatamente después:

Si su hijo tiene condiciones físicas o necesita que nuestro personal este consciente de ello, por favor marque los que apliquen:

- ADHD/ADD Asperger's Autismo Desorden Bipolar Desordenes de sangre/coagulación de sangre
 Parálisis Cerebral Convulsiones Síndrome de Down Problemas del corazón Tourette's Otro: _____

Marque cualquier otra discapacidad, condición de salud especial, preocupaciones de comportamiento o ayuda requerida que su hijo(a) pueda necesitar:

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

Si su campista no ha sido completamente vacunado, por favor ponga sus iniciales debajo:

Yo entiendo y acepto los riesgos a mi hijo(a) al no estar completamente vacunado **Iniciales** _____

Restricciones/Preocupaciones dietéticas: No come productos lácteos No come huevos Es particular (exigente) al comer
 No come nueces Otro: _____

¿Usa su hijo(a) algún equipo especial? Si No

Por favor marque todos los que apliquen:

- Silla de ruedas Soporte de cuerpo Muletas Bastón Andadera Aparato para los oídos (para escuchar)
 Marcapasos Otro: _____

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

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

De ser así, por favor describa el grado de dificultad y los métodos usados para compensar estas dificultades (ej. Lenguaje de señas, pizarrón especial del habla, leer los labios):

Por favor apunte cualquier otra cosa de la que debemos saber sobre su hijo(a);

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Last Name:

First Name:

Location: