

**District 75
400 First Avenue
New York, NY 10010**

Assistive Technology Equipment Assessment

**INFORMACIÓN EVALUATIVA
PADRES/ENCARGADO LEGAL**

Alumno(a) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Persona completando este formulario _____ Fecha _____

Instrucciones: Favor de contestar todas las preguntas en este formulario que sean apropiadas. Usa la parte de atrás de al página correspondiente si necesita elaborar algunas de sus respuestas o si desea proveer información adicional. Marque "N/A" todas preguntas que no tengan que ver con su caso.

I. Información Familiar

A. Nombre de la madre _____ Edad _____

Dirección _____

Ocupación _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono del trabajo _____

B. Nombre de la padre _____ Edad _____

Dirección _____

Ocupación _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono del trabajo _____

C. Nombre del encargado legal _____ Edad _____

Dirección _____

Ocupación _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono del trabajo _____

II. INFORMACIÓN SOCIAL Y MÉDICA

A. Escriba los nombres de todos los médicos y terapistas que trabajan con su niño:

Dr. _____

Dirección _____

Dr. _____

Dirección _____

Otros terapistas que brindan servicios a su niño en al práctica privada tales como: terapistas del habia, físcia y ocupacional.

B. Anote todas las medicinas que su niño esté tomando

C. Indique todos los procedimientos que su niño ha tenido

1.	MÉDICOS	FECHA

2.	CIRUGÍAS	FECHA

3.	DENTALES	FECHA

D. Indique todas las agencias sociales, privads o del gobiern que trabajan con su familia

E. Por favor incluya copias de los informes médicos más recientes que tengan de su niño.

III. Comunicación

A. Sistema(s) de comunicación:

1. Describa todos los metodos de comunicación que usa su niño.
(ejemplos, tablas de comunicación, gestos manuales o símulos, etc.)

2. Intenta su niño iniciar comunicación o interacción?

siempre frecuentamente ocasionalmente casi nunca nunca

3. Responde su niño a la comunicación o interacción iniciada por otros?

siempre frecuentamente ocasionalmente casi nunca nunca

4. Cómo le comunica su niño sus necesidades personales? (Ejemplo, ir al baño, si tiene hambre, dolor, etc.)

5. Describa la reacción de su niño cuando usted no entiende el mensaje que él intenta comunicarle.

6. Ve usted alguna diferencia entre el grado de comprensión de su niño y lo que él puede expresar a otros? Explique detalladamente.

7. Cómo se comunica su niño con los adultos de familia? Ejemplo: padres, abuela, tios, etc.

8. Cómo interactúa su niño con sus familiares y amigos? Describa cómo ellos juegan, cómo se comunican, quién lleva el control, etc.

IV. Medio Ambiente

A. En la comunidad

1. Indique los lugares que su niño asiste en la comunidad

2. Tiene su niño la oportunidad de visitar sus amigos o familiares, etc.
Anote los lugares.
Describe

B. En el hogar

1. En qué posición y espacio mantiene usted a niño dentro del hogar?

Sentado ____ *Reclinado* ____ *De espalda* ____
De Estómago ____ *Hacia el lado izquierda o derecho* ____

2. Anote todas las actividades que su niño disfruta mientras está en el hogar

V. Comentrarios de Los Padres

- A. Favor de describimos algunas cualidades especiales que tenga su niño.

- B. Qué espera usted su niño pueda realizar con un nuevo sistema electrónico de comunicación y que no puede realizar con el que usa actualmente.?

Favor de sentirse libre de enviarnos cualquier información adicional que nos ayudaría en el proceso evaluativo de su niño(a).

Toda la información y los datos obtenidos de las agencias, doctores y otros profesionales serán utilizados por el grupo de evaluadores con el propósito de hacer una evaluación precisa a su niño(a).

ATEA

Fecha _____ Padre o Encargado Legal _____