





SOLICITUD PARA PROYECTO SALVAVIDAS

Fecha _____ ¿Elegible para OPWDD? _____

Apellido _____Nombre_____

Apodo _____ Género M _____ F _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ ¿Cliente existente de WJCS? ____

Dirección

_____

Teléfono Primario _____Otro Teléfono:_____

¿Lleva identificación?(prendas,Medic Alert,etiquetas de ropa,tarjeta de identificación)_____

Descripción Física

Estatura _____Peso _____ Color de cabello _____

Color de ojos _____ Estilo de pelo _____ Constitución corporal_____

Color de piel Pálida _____ Mediana _____ Oscura _____

¿Utiliza? Espejuelos/gafas ___ Lentes de contactos ___ Aparato del Oído ___

¿Cuán frecuentemente los utiliza? _____

Características físicas distintivas (marca de nacimiento, cicatriz, tatuaje, otra)
Explique _____

Información Médica

¿Hay un diagnóstico médico? Sí ____ No ____Explique _____

¿Sufre de convulsiones? Sí _____No_____

Medicamentos en uso

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

Proveedores de cuidado médico y psicológico

Nombre_____Teléfono _____

Nombre _____Teléfono_____

Alergias a medicamentos _____

Informacion del Comportamiento

¿Puede comunicarse verbalmente? Sí _____ No _____ Limitado _____

¿Es el idioma primario Inglés? Sí ____ No ____ ¿Si no, qué idioma habla? _____

Método de comunicación, si no es verbal (lenguaje de señas, tableros de imágenes, palabra escrita, etc.). Explique_____

¿Si es verbal, puede comunicar su nombre, dirección y número de teléfono? Sí _____No _____

¿Puede entender el habla verbal? Sí _____ No _____

¿Es sensitivo(a) a los estímulos sensoriales? Si lo es, por favor indique a que:

Los ruidos fuertes(ejemplo sirenas)_____ Contacto físico _____ Luces brillantes _____

Si se expone a estímulos sensoriales, ¿qué conductas podrían ser anticipadas?

_____

¿Tiene un interés especial en cualquier tópico, objeto o tema? _____

_____

Objeto de interés que usualmente lleva la persona _____

¿Se auto estimula? (parpadeo repetitivo, aleteo de manos, nerviosismo) Sí ___No___A veces____

Explique _____

¿Participa en comportamiento que le perjudique? Sí ___ A veces ___ No ___

Explique _____
¿Tiene historia de agresión? Sí _____ A veces _____ No _____

¿Agreda a otros? Sí _____ A veces _____ No _____

Explique _____

_____

¿Tiene algún temor, ansiedad, o algo que provoque que se disguste o se ofenda? ¿Si hay algo, qué es? _____

_____

Historia de Vagar/Fugarse

¿Hay historia previa o antecedente cuando la persona se perdió, fue a vagar, o se fugó? Sí _____ No_____ Si ha pasado, explique el evento(s) _____

_____

Lugar donde se encontró _____

¿Por quién fue encontrado? _____

Acciones tomadas _____

Lugares favoritos/atracciones donde la persona se pudiera encontrar si faltara

_____

¿Les habla a personas extrañas? Sí _____ No _____

¿Es la persona un peligro a sí mismo o a otras personas? Sí _____ No _____

Explique_____

¿Hay alguna otra información adicional que le gustaría proveer sobre el individuo?

_____

_____

Información para contactar la familia

Nombre de la madre o tutor legal:_____

Relación con la persona _____

Dirección (si diferente de la persona) _____

_____

Teléfono del hogar _____Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____ Teléfono de fax _____

Correos electrónicos _____

_____

Nombre del
empleador/direccion_____

Teléfono del empleador _____

Informacion del Padre:

Nombre: _____

Dirección (si diferente):_____

Teléfono celular _____ Telefono de trabajo_____

Correo electrónico(s): _____

Nombre del empleador/direccion: _____

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor llame a Isabel M Pettersen (vea abajo).
*Además de esta solicitud, necesitamos una **FOTOGRAFIA** reciente del cliente para incorporar en su perfil nuevo de Proyecto Salvavidas. La cara y el cuerpo completo tienen que ser visibles, y el cliente NO puede llevar sombrero, gorra o capucha, ni tampoco abrigo o chaqueta gruesa.
*Por favor envíe la fotografía como un documento adjunto en un correo electrónico a: ipettersen@wjcs.com. La solicitud completa también se puede mandar por correo electrónico, o por correo regular a: WJCS, 845 North Broadway, White Plains, NY 10603, Attn: Isabel M Pettersen. Asegúrese que la foto tenga el nombre del cliente y que sea un JPEG o PNG.
914-761-0600 x2230