



#2

Favor de devolver esta hoja

## HOJA DE EVALUACIÓN

Fecha en que se llenó este formulario \_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Lengua(s) Principal(es) \_\_\_\_\_  
Centro Regional \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ESTADÍSTICA/ MÉDICA

Incapacidad diagnosticada

\_\_\_\_\_

Otros problemas de salud \_\_\_\_\_

Ataques convulsivos Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

Alergias (incluyendo las a comida, medicamentos, animales y durante diferentes estaciones del año.) \_\_\_\_\_

Medicamentos Sí \_\_\_ No \_\_\_ Favor de hacer una lista \_\_\_\_\_

Capacidad de movimiento Favor de poner un círculo alrededor de los que aplican  
Camina independientemente Camina con asistencia Usa equipo adaptable  
No ambulatorio Aguanta peso  
Procedimientos para levantar o instrucciones especiales \_\_\_\_\_

\* Los clientes que pesan más de 300 libras (136 Kilos), que no pueden aguantar su peso, pueden necesitar dos personas para levantarlos.

Bañarse Favor de poner un círculo:  
Independiente Necesita ayuda Cuidado total Sólo bañera Sólo se baña  
Describe: \_\_\_\_\_  
Equipo especial disponible: \_\_\_\_\_

Comunicación verbal Sí \_\_\_ No \_\_\_ Favor de poner un círculo alrededor de los que aplican  
Habla claro Habla en frases Palabras sueltas  
Dificultades al articularse Usa senas Gesticulaciones  
Sonidos no verbales con significado Terapia del hablar

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

### CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES/ INFORMACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Personalidad Favor de poner un círculo alrededor de los que aplican:  
Sociable Humorístico Callado Introvertido Cariñoso  
Hiperactivo Berrinchudo Agresivo Cauteloso Abusivo a si mismo  
Lento para relacionarse Retrocede o evita contacto

¿Es violento el cliente? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**FAVOR DE VOLTEAR Y TERMINAR EL OTRO LADO DE LA HOJA**

Problemas de comportamiento: \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que inicia los problemas de comportamiento/ episodios violentos? \_\_\_\_\_

¿Cómo se controlan? \_\_\_\_\_

¿Expresa sentirse amenazado/a? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Describa, por favor \_\_\_\_\_

Lapsos Cognitivos Favor de poner un círculo:

No existen Leves Moderados Severos Profundos

Capacidad de comprensión: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA CASA:

Hermanos/as Favor de hacer una lista con las fechas de nacimiento-

¿Quién no está permitido en la casa durante el tiempo de cuidado? Favor de hacer una lista y apunte la relación-

Mascotas \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES ESPECIALES:

### FIRMAS AUTORIZADAS:

Toda persona autorizada firmar las planillas de jornadas devengados (tienen que ser mayores de 18 años.) Si alguien NO firma aquí NO está autorizado firmar las planillas. Favor de dar su nombre, su relación y su firma. *(Aquí suele ser los padres/ tutor legal)*

Nombre	Relación	Firma
Nombre	Relación	Firma
Nombre	Relación	Firma