

Individuo: _____ Entrado por _____
 Fecha _____ Hora _____ am / pm

Datos de Identificación (Demográficos)

Nombre* _____ Apellidos* _____

Segundo Nombre _____ Sufijo _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Apodo _____

Foto

Foto 1 » Adjunta

Fecha de la Foto: _____

Foto 2 » Adjunta

Fecha de la Foto: _____

Género » Hombre » Mujer » Desconocido

Número de Medicaid _____

Tipo de Identificación _____ Número de Identificación _____

Tipo de Identificación Adicional _____ Número de Identificación Adicional _____

Raza: _____ Etnicidad / Origen Hispanico:

«Blanco «Negro/Afroamericano «Indio Americano /

«Centro Americano(a) «Cubano(a) «Hispanico(a)

Nativo de Alaska «Otro _____

«Mexicano(a) «No Hispano o Latino «Otro origen Español

Color de Pelo:

«Puertorriqueño(a) «Sur Americano(a) «No es posible determinar

«Negro «Rubio «Castaño «Castaño Oscuro

«Castaño Claro «Moreno «Gris «Rojo «Blanco

«Otro Otro _____

Altura _____ Pies _____ Pulgadas

Color de Ojos:

Peso Desde _____ lbs Hasta _____ lbs

«Negro «Azul «Marrón «Gris «Verde «Color

Avellana «Otro _____

Características: _____

Lenguaje Oral Primario: «Inglés

Lenguaje Escrito Primario: «Inglés

Requiere Intérprete:

«Francés «Español «Otro _____

«Francés «Español «Otro _____

«Sí «No «Se desconoce

Religión:

Ciudadanía:

Zona horaria del Individuo:*

«Bautista «Budista «Católico

«Estados Unidos

«EU/Samoa «EU/Pacifico «EU/Central

«Iglesia de los Santos de los Últimos Días

«Canada «Otra

«EU/Michigan «EU/Aleutinas «EU/Pacifico/-

«Ortodoxo Oriental «Episcopal

«Otra _____

Nuevo «EU/Este-Indiana «EU/Hawaii

«Ortodoxo Griego «Hindú «Judío

«EU/Alaska «EU/Arizona «EU/Montaña

«Luterano «Metodista «Mormón

Estado Civil:

«EU/Este-Indiana «EU/Oriental «EU/Indiana-

«Musulmán «Nazareno «Presbiteriano

«Divorciado(a) «

Starke «Pacifico/Guam «America/Puerto-

«Protestante «Adventista del Septimo Día

Desconocido «Casado(a) «

Rico «Asia/Katmandu «Asia/Dhaka

«Otra «Otra _____

Viudo(a) «Separado(a) «

«Asia/Colombo

Soltero(a)

Fecha de Estado Civil: _____

Fecha de Admisión: _____

Fecha de Salida (Alta): _____

Fecha de Muerte: _____

Arreglo de Vivienda:

«Apartamento o Casa «Vida Asistida «Renuncia a Vida Asistiva «Refugio de Mujeres Maltratadas e Infantes «Cuarto y

Comida «Alojamiento dentro del Campus - Comidas no Incluidas «Alojamiento dentro del Campus - Comida Incluida «

Hogar Familiar para Adultos Certificado «Agencia de Cuidado Infantil «Community «ELTA- «Emergency Transition

Living Arrangement «Family Home «Foster Care «Group Home «Centro de Rehabilitación «Refugio para Indigentes

«Hospital - Hospital de Cuidado Crítico «IRA «Independent Living «Institución - Atención Psiquiátrica - IMD

«Intermediate Care Facility for ID/DD «Centro para personas con Deficiencias en el Desarrollo Licenciado «Licensed

Community Care «Facilidades Domiciliarias con Licencia «Centro de Tratamiento de Drogas Licenciado «Centro de Salud Mental Licenciado «Centro de Atención Residencial con Licencia «Living with Guardian of Child «Living with Parent «Living with Relative «Asilo de Ancianos / LTC / ICF-MR «Otro «Other Residential «PCS Home «Public Housing «Room Only «Supported Living Arrangement «Supported Living

Pertenencia a una clase: _____

Programa en que está activo e Información del Lugar:

Nombre del Programa	Fecha de Inscripción	Nombre del Lugar	Dirección	Contacto Primario	Contacto Secundario

Alta del Programa e Información del Sitio:

Nombre del Programa	Fecha de Admisión	Fecha de Alta	Nombre del Lugar

Dirección Residencial:

Programa Residencial / Lugar _____

Bajo el cuidado o Atención de: _____

Calle 1: _____ **Calle 2:** _____

País: _____ **Estado:** _____

Ciudad (Municipio): _____ **Condado:** _____

Código Postal: _____

Teléfono Principal: _____ **Segundo Teléfono:** _____

Teléfono Adicional: _____

Dirección Postal:

« La misma que la dirección residencial

Atención a dirigida a: _____

Calle 1: _____ **Calle 2:** _____

País: _____ **Estado:** _____

Ciudad (Municipio): _____ **Condado:** _____

Código Postal: _____

Teléfono Principal: _____ **Segundo Teléfono:** _____

Teléfono Adicional: _____ **E-mail:** _____

Lugar de Nacimiento:

País: _____ **Estado:** _____ **Ciudad:** _____

Otro: _____

Información Médica

Ordenes de Emergencia: _____

Equipos Adaptativos: _____

Tipo de Sangre: «A+ «A- «B+ «B- «AB- «AB+ «O+ «O- «Desconocido

Los diagnósticos activos:

Eje	Descripción	Código	Diagnósticos por	Fecha diagnóstico	La persona que determina que el diagnóstico no esta presente es:	Fecha en que se determinó:	Creado por	Última actualización realizada por

Deficiencias en el Desarrollo: ☐Parálisis Cerebral ☐Epilepsia ☐Autismo ☐Deterioro Neurológico ☐Otro

Discapacidad Intelectual: ☐Leve ☐Moderado ☐Grave ☐Profundo ☐No especificado

Médico de atención primaria : _____

Otra Informarion médica: _____

Alergias _____

Directrices Anticipadas:

Intervención preferida para condición conocida

☐Yes ☐No Date: _____

Orden de no resucitar

☐Yes ☐No Date: _____

Testamento vital

☐Yes ☐No Date: _____

Poder Notarial para el Cuidado de la Salud

☐Yes ☐No Date: _____

Directriz Anticipada

☐Yes ☐No Date: _____

Guías de Dieta: _____

Pautas de Ingesta de Alimentos: _____

Modalidad de Comunicación:

☐Dispositivo de comunicación ☐No Verbal (Sin Palabras) ☐Parcialmente Verbal ☐Mediante señas ☐Verbal ☐Otro

Otro: _____

Comentarios sobre la Comunicación: _____

Movilidad:

☐Camina por cuenta propia ☐Utiliza un bastón ☐Camina con asistencia ☐Silla de ruedas ☐Utiliza Andador ☐Otro

Comentarios de Movilidad: _____

Supervisión:

☐No necesita Supervisión ☐Dentro del Campo Visual ☐Supervisión para el cuidado personal ☐Asistencia para el cuidado personal ☐Assistance for everything ☐Nunca solo o desatendido ☐A no más de un brazo de distancia ☐Otro

Comentarios de Supervisión: _____

La textura de los alimentos:

☐Whole or Normal Consistency ☐consistencia de los alimentos alterada - Picado ☐consistencia de los alimentos alterada - Utiliza Espesor ☐1/2" Pieces Cut to Size ☐1" Pieces Cut to Size ☐Triturado ☐Puré

Liquid Consistency: ☐Thin ☐Honey ☐Nectar ☐Pudding

Fuente de Referido: _____

Uso del baño (Rutinas de uso del Inodoro):

☐Incontinencia / Requiere ropa interior desechable ☐Requiere asistencia Física / Equipo ☐Requiere Avisos / Monitoreo

☐ Rutina de vaciamiento de vejiga programado
 ☐ Rutina de vaciamiento intestinal programado
 ☐ Uso del inodoro de manera Independiente

Uso del baño (Rutinas de Higiene de Baño):

☐ Independiente
 ☐ Independiente con equipos asistivos
 ☐ Requiere Apoyo para bañarse / ducharse

Situación la hora de comer:

☐ Come de forma independiente (con o sin equipo asistivo)
 ☐ Requiere asistencia física / Equipo asistivo
 ☐ Requiere Apoyo para comer
 ☐ Requiere equipo de colocación

Tutor de si mismo:

☐ Sí
 ☐ No
 ☐ Desconocido

☐ No notificar a la familia/tutor, ya que hay instrucciones escritas de que no quieren ser notificados de incidentes definidos como denunciabiles(nivel de notificación Medio), Seriamente denunciabiles (Alto nivel de notificación) o cuando se ha especificado la exitencia de abuso/negligencia.

Contacto

Contacto individual:

Nombre	Tipo de Contacto	Agencia	Dirección	Dirección Postal

Contactos compartidos:

Nombre y Nombre de la Organización	Especialidad y tipo de contacto	Dirección	Dirección postal

Seguro Médico

Número de Medicare: _____

Fecha de efectividad de Medicare: _____

Sección de Medicare: ☐ A ☐ B ☐ A y B

Seguro médico del estado:

Plan de Med D Id: _____ Plan de Med D Nombre del plan: _____

Plan de Med D Emisor: _____ Plan de Med D RxBIN: _____

Plan de Med D RxPCN: _____ Plan de Med D RxGRP: _____

Otros beneficios: _____

Otros Seguros

Compañía de seguros: _____ Grupo de Asegurado: _____

Número de póliza de seguro: _____ Titular de póliza de seguro: _____

Comportamiento

Manejo Conductual: _____

Campos Personalizados:

1. 2. 3. 4. 5.