Solicitud para Servicios del Campamento de Verano 2027 del CSOC

NJ Children's System of Care
Contracted System Administrator — **PerformCare®**

Parte A: Apoyo económico para la matrícula del campamento de verano

Se debe determinar la aptitud de su hijo para recibir los servicios que brinda el CSOC por discapacidad intelectual/del desarrollo antes de presentar esta solicitud. Si usted no conoce la identificación CYBER de su hijo, comuníquese con PerformCare al **877-652-7624**. También puede completar la solicitud de los servicios de campamento de verano en línea en **www.performcarenj.org/SummerCamp**.

Instrucciones

1. Seleccione un campamento calificado de la lista **aprobada del CSOC** disponible en: **www.performcarenj.org/SummerCamp**.
2. Si el campamento calificado ha determinado que su hijo requiere la ayuda de un **asistente/representante personal** para asistir al campamento, **deberá completar la Parte B de esta solicitud**. Antes de enviar la solicitud, comuníquese con la agencia proveedora de servicios de asistente personal para asegurarse que la agencia que seleccionó cuente con el personal necesario de acuerdo con su solicitud. La lista de proveedores aprobados por el CSOC se puede encontrar aquí: **www.performcarenj.org/summercamp**.
3. Envíe por correo la solicitud **completada** junto con una **copia de la inscripción o carta de aceptación** del campamento calificado a esta dirección: **PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919**. Su solicitud **debe estar completa e incluir el sello postal** o haber sido recibida **antes del 30 de junio de 2027** para que se considere apta para apoyo económico. No se aceptarán solicitudes después de la fecha límite del 30 de junio. Las notificaciones sobre el estado de la solicitud se enviarán por correo después del 1.° de diciembre de 2026 y el 1.° de marzo de 2027.

Tenga en cuenta: el **pago se efectuará al campamento calificado al que asiste el joven después de que el campamento haya brindado los servicios.**

Información del niño		
Nombre del niño	Apellido del niño	
CYBER ID#	Fecha de nac.	Código postal

Información del padre/tutor legal			
Nombre del padre/tutor legal		Apellido del padre/tutor legal	
Dirección		Ciudad	Estado
Código postal	Teléfono	Correo electrónico	

Información del campamento calificado: envíe la confirmación de inscripción en el campamento con esta solicitud.			
Nombre del campamento calificado		ID del campamento (Se encuentra en la lista de proveedores de campamentos calificados en nuestro sitio en Internet)	
Dirección		Ciudad	Estado
Código postal	Teléfono	Correo electrónico	

Información del campamento calificado: envíe la confirmación de inscripción en el campamento con esta solicitud.

Tipo de campamento:

☐ **Campamento con pernocte** (seleccione hasta **6** días para reembolso):

Nombre del campamento:

Fechas: **Fecha de inicio (mm/dd/aa)** **Fecha de finalización (mm/dd/aa)**

al **(no debe exceder los 6 días)**

☐ **Campamento de día** (seleccione hasta **10** días solo para reembolso):

Primera semana

Nombre del campamento:

Fechas: **Fecha de inicio (mm/dd/aa)** **Fecha de finalización (mm/dd/aa)**

al **(no debe exceder los 5 días)**

Segunda semana

Nombre del campamento:

Fechas: **Fecha de inicio (mm/dd/aa)** **Fecha de finalización (mm/dd/aa)**

al **(no debe exceder los 5 días)**

Fechas no consecutivas para el campamento: (si el joven no asiste 2 semanas completas, ingrese las fechas individuales)

Nombre del campamento:

Fechas:	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**
	mm/dd/aa	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**

Información del campamento calificado: envíe la confirmación de inscripción en el campamento con esta solicitud.

Tipo de campamento (continuación)

☐ **Sesiones recreativas alternativas (ARS)** (seleccione 20 sesiones ARS de dos horas **O** 5 días de campamento de día y 10 sesiones ARS)

Nombre del campamento ARS:

Fechas:	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**
	mm/dd/aa	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**
	mm/dd/aa	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**
	mm/dd/aa	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**

Nombre del campamento de día:

Fechas:	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**

Certificación

Por la presente, certifico que, mediante la presentación de esta Solicitud de apoyo económico para la matrícula del campamento de verano, he inscripto por completo a mi hijo en el campamento calificado indicado. Asimismo, declaro que, según mi leal saber y entender, la información ingresada en esta solicitud es verídica y exacta.

Nombre del padre/tutor legal	Firma del padre/tutor legal	Fecha

Solicitud para Servicios del Campamento de Verano 2027 del CSOC

NJ Children's System of Care
Contracted System Administrator — **PerformCare®**

Parte B: Solicitud para Servicios de Asistente Personal para el Campamento de Verano 2027

Si el campamento ha determinado que su hijo requiere de un asistente/representante personal para asistir al campamento, deberá completar esta sección de la solicitud. Usted junto al proveedor del campamento deberán completar el Resumen de Conducta de Adaptación del Niño (CABS) en las páginas siguientes para solicitar los servicios de asistente personal. El campamento deberá tener una copia del CABS completado por las dos partes.

Además, se deberá brindar una copia del CABS a la Agencia proveedora de servicios de asistente personal ya que ofrece un panorama general del impacto de la discapacidad en la vida diaria del niño y del cuidador y ayuda a garantizar el asistente personal que "mejor se adapte" a su hijo. Consulte también la lista de proveedores de asistente personal calificado disponible en el sitio en Internet de PerformCare para completar la solicitud – **www.performcarenj.org/SummerCamp**.

ATENCIÓN: Debido a la alta demanda de asistentes personales para niños que asisten al campamento las últimas dos semanas de agosto, el CSOC **no puede garantizar** el cumplimiento con todas las solicitudes. **Su solicitud debe estar completa para que se pueda procesar.**

Información sobre asistente personal: solo para campamento de día y ARS

Información del niño		
Nombre del niño	Apellido del niño	
CYBER ID#	Fecha de nac.	

Información del proveedor de asistente personal			
Nombre de la agencia proveedora de asistentes personales	ID del proveedor (Se encuentra en la lista de proveedores de asistentes personales en nuestro sitio en Internet)		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Persona de contacto en la agencia	Teléfono	Correo electrónico	

Certificación: su solicitud debe estar completa para que se pueda procesar.

Por la presente, certifico que he inscripto por completo a mi hijo en el campamento indicado y he confirmado con la agencia proveedora de asistentes personales que las necesidades de mi hijo se podrán cumplir a través de su agencia. Asimismo, declaro que, según mi leal saber y entender, la información ingresada en esta solicitud es verídica y exacta.

Nombre del padre/tutor legal	Firma del padre/tutor legal	Fecha

Envíe la solicitud por correo a esta dirección: **PerformCare, Attn: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919**. Para que esta solicitud se tome en cuenta para los servicios de asistente personal, **debe estar completa y tener el sello postal** o deberá recibirse **a más tardar el 30 de junio de 2027**. Las notificaciones sobre el estado de la solicitud se enviarán por correo después del 1.° de diciembre de 2026 y el 1.° de marzo de 2027. No se aceptarán solicitudes después de la fecha límite del 30 de junio de 2027. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con PerformCare al **1-877-652-7624**.

Se deberá completar un Formulario de Resumen de Conducta de Adaptación del Niño (CABS) con el proveedor del campamento.

Resumen de Conducta de Adaptación del Niño (CABS)

Nombre del niño: _____ Edad actual: _____
Nombre Inicial media Apellido

CABS completado por: _____ Fecha de finalización: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

SECCIÓN I: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Recuerde calificar el desempeño promedio del niño **en su hogar** en los últimos **6 meses**. En los cuadros de comentarios, puede brindar información adicional como, por ejemplo, la intensidad, los factores desencadenantes y si el desempeño actual del niño ha mejorado o empeorado en comparación con las capacidades anteriores.

ALIMENTACIÓN	**1** Mayormente independiente	**2** Necesita indicaciones verbales menos de la mitad del tiempo	**3** Necesita indicaciones verbales más de la mitad del tiempo	**4** Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	**5** Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	**N/C** No corresponde
1. Come con los dedos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Se alimenta con una cuchara por su cuenta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Se alimenta con un tenedor por su cuenta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Corta alimentos con un cuchillo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Bebe de una taza o un vaso	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Comentarios/Información adicional: (Explique brevemente las respuestas señaladas con N/C)						

USO DEL BAÑO	**1** Mayormente independiente	**2** Necesita indicaciones verbales menos de la mitad del tiempo	**3** Necesita indicaciones verbales más de la mitad del tiempo	**4** Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	**5** Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	**N/C** No corresponde
1. Identifica cuándo usar el baño	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Usa el baño sin ayuda	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Se limpia con papel higiénico	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Se lava las manos después de usar el baño	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. (Mujeres) Se ocupa de sus aspectos menstruales	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Accidentes de vejiga: durante el día	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Accidentes de vejiga: durante la noche	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Accidentes de intestino: durante el día	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Accidentes de intestino: durante la noche	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Usa productos para la incontinencia (pañales o similares).	☐ Sí	☐ No	**CASO AFIRMATIVO:** marque los momentos del día: ☐ Día ☐ Noche			
Comentarios/Información adicional: (Explique brevemente las respuestas señaladas con N/C)						

HIGIENE	**1** Mayormente independiente	**2** Necesita indicaciones verbales menos de la mitad del tiempo	**3** Necesita indicaciones verbales más de la mitad del tiempo	**4** Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	**5** Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	**N/C** No corresponde
1. Abre la canilla y regula la temperatura del agua	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Se lava y seca las manos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Se lava y seca el rostro	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Se baña en una bañera por su cuenta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Se baña en una ducha por su cuenta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Se lava el cabello con champú	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Se seca por su cuenta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Usa desodorante	☐	☐	☐	☐	☐	☐

HIGIENE	**1** Mayormente independiente	**2** Necesita indicaciones verbales menos de la mitad del tiempo	**3** Necesita indicaciones verbales más de la mitad del tiempo	**4** Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	**5** Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	**N/C** No corresponde
9. Se peina y cepilla el cabello	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Coloca dentífrico en el cepillo de dientes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Se cepilla los dientes por su cuenta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Se sopla y limpia la nariz con un pañuelo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Se afeita según lo necesario	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Comentarios/Información adicional: (Explique brevemente las respuestas señaladas con N/C)						

VESTIMENTA	**1** Mayormente independiente	**2** Necesita indicaciones verbales menos de la mitad del tiempo	**3** Necesita indicaciones verbales más de la mitad del tiempo	**4** Necesita asistencia física menos de la mitad del tiempo	**5** Necesita asistencia física más de la mitad del tiempo	**N/C** No corresponde
1. Se desviste por su cuenta (correctamente)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Puede abrochar botones	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Puede ponerse ropa con broches	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Puede subir y bajar cierres	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Puede abrochar una hebilla (p. ej., de un cinturón).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Abrocha su propio sostén	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Se ata los zapatos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Se viste completamente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Se cambia la ropa con frecuencia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Elige ropa de temporada	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Se quita medias, sombrero y mitones.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Comentarios/Información adicional: (Explique brevemente las respuestas señaladas con N/C)						

SECCIÓN II: Comunicaciones y conductas sociales

Recuerde calificar el desempeño promedio del niño **en el hogar, en la escuela y en la comunidad** en los **últimos 6 meses**. En los cuadros de comentarios, puede brindar información adicional como, por ejemplo, la intensidad, los factores desencadenantes y si el desempeño actual del niño ha mejorado o empeorado en comparación con las capacidades anteriores.

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	**1** Casi nunca (menos de 10% del tiempo)	**2** Con poca frecuencia (menos de 25% del tiempo)	**3** Algunas veces (aprox. 50% del tiempo)	**4** Con frecuencia (más de 75% del tiempo)	**5** Siempre o casi siempre (90% o más del tiempo)
1. Responde adecuadamente por "sí" o "no".	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sigue indicaciones simples	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sigue indicaciones complejas o de varios pasos	☐	☐	☐	☐	☐
4. Comunica necesidades y deseos básicos	☐	☐	☐	☐	☐

RESPUESTAS POR SÍ O NO:	**SÍ**	**NO**	**Comentar al lado de cada respuesta:**
5. Se comunica mediante gestos (p. ej., señala)	☐	☐	
6. Usa lenguaje de señas para comunicarse	☐	☐	
7. Comprende gestos	☐	☐	
8. Comprende señas o lenguaje de señas	☐	☐	
9. Responde o usa el teléfono	☐	☐	
10. ¿El niño usa dispositivos de ayuda para comunicarse?	☐	☐	

CONDUCTAS SOCIALES	**SÍ**	**NO**	**COMENTARIOS**
¿El niño disfruta de algún pasatiempo?	☐	☐	
El niño puede hacer amigos en forma independiente y mantener las relaciones de amistad.	☐	☐	
El niño puede mantener una conversación coherente con compañeros de la misma edad.	☐	☐	
El niño demuestra interés en pasar tiempo con compañeros de edades similares.	☐	☐	
El niño sabe mantener secretos y es prudente al compartir información personal.	☐	☐	
El niño puede demostrar empatía y preocupación por los sentimientos de sus amigos.	☐	☐	
El niño puede expresarse cuando es necesario.	☐	☐	
El niño puede manejar enojos y frustraciones de manera adecuada.	☐	☐	

OTRAS ÁREAS FUNCIONALES	SÍ	NO	COMENTARIOS
1. El niño puede identificar preferencias (comida, programas de TV, juegos).	☐	☐	
2. El niño puede planificar y anticipar eventos futuros.	☐	☐	
3. El niño sabe pedir ayuda cuando la necesita.	☐	☐	
4. El niño puede sacar la basura y colocarla en el contenedor adecuado.	☐	☐	
5. El niño puede señalar un objeto favorito o interesante.	☐	☐	
6. El niño tiene pasatiempos de interés.	☐	☐	
7. El niño puede planificar algo y llevarlo a cabo.	☐	☐	
8. El niño puede realizar tareas simples correctamente.	☐	☐	
9. El niño es capaz de limpiar su propio cuarto (guardar objetos).	☐	☐	
10. El niño busca a sus pares para jugar.	☐	☐	
11. El niño puede decir la hora en un reloj digital o analógico.	☐	☐	
12. El niño está atrasado en 3 o más niveles de grado en 2 materias académicas.	☐	☐	
13. El niño puede indicar la dirección de su vivienda principal.	☐	☐	
14. El niño puede identificar objetos en imágenes, ya sea al señalar o nombrar.	☐	☐	
15. El niño puede contar del 1 al 10 sin equivocarse.	☐	☐	
16. El niño puede unir 3 formas o 3 colores.	☐	☐	
17. El niño puede identificar al menos 7 colores.	☐	☐	
18. El niño sabe hacer uso del tiempo para seguir un cronograma.	☐	☐	
Comentarios adicionales:			

ENTENDIMIENTO DE LA COMUNIDAD	SÍ	NO	COMENTARIOS
1. ¿En qué actividades comunitarias participa el niño?			
2. ¿El niño tiene una conducta apropiada durante estas actividades?	☐	☐	
3. ¿El niño es consciente de los peligros comunes en el hogar, como escaleras, líquidos de limpieza, calentadores, hornos y chimeneas?	☐	☐	
4. ¿El niño demuestra ser consciente de los peligros en la comunidad como el tránsito o la excesiva amabilidad con extraños?	☐	☐	
5. ¿El niño puede realizar compras?	☐	☐	
6. ¿El niño puede usar el transporte público?	☐	☐	
7. ¿El niño sabe decir la hora?	☐	☐	
8a. ¿El niño puede tomar medicamentos recetados por su cuenta?	☐	☐	
8b. Describa el método de administración de los medicamentos:			
9. ¿Esta persona puede quedarse sola/sin supervisión durante un tiempo determinado?	☐	☐	
10. Describa qué tipo de ayuda necesita el niño con respecto al dinero (pagar cuentas, manejar un presupuesto, etc.).			
Comentarios:			

SECCIÓN III: Factores médicos y conductuales

Recuerde calificar el desempeño promedio del niño **en su hogar** en los últimos **6 meses**. En los cuadros de comentarios, puede brindar información adicional como, por ejemplo, la intensidad, los factores desencadenantes y si el desempeño actual del niño ha mejorado o empeorado en comparación con las capacidades anteriores.

En el caso de las afecciones que suponen un riesgo médico, solo indique "sí" si el niño presentó síntomas en los últimos 6 meses, independientemente de la fecha de los diagnósticos. Si el niño tiene antecedentes de la afección/del tratamiento en el pasado pero no en la actualidad, marque "no" y agregue información de los antecedentes en los casilleros de comentarios.

En la sección de Antecedentes de traumas y riesgos, indique "sí" si el niño **alguna vez** sufrió una de las situaciones enumeradas. Si el niño sufrió otro tipo de situación traumática, indíquelo en el casillero correspondiente a los comentarios.

AFECCIONES QUE SUPONEN UN RIESGO MÉDICO	SÍ	NO	COMENTARIOS
1. Alergias (a medicamentos, alimentos)	☐	☐	
2. Asma (inhaladores, nebulizadores)	☐	☐	
3. Respiratorias (oxígeno, traqueotomía, CPAP)	☐	☐	
4. Gastrointestinales (problemas de alimentación/eliminación; reflujo severo)	☐	☐	
5. Utiliza bolsa de colostomía	☐	☐	
6. Tiene riesgo de sufrir aspiración	☐	☐	
7. Usa un tubo de alimentación (tubo G)	☐	☐	
8. Tose o se ahoga al comer o beber	☐	☐	
9. Otra persona debe colocarle los alimentos o líquidos en la boca	☐	☐	
10. Necesita una alimentación alterada mecánicamente (espesada, cortada o hecha puré).	☐	☐	
11. Necesita una alimentación indicada por un médico (limitada en grasas, sodio o colesterol)	☐	☐	
12. Busca ingerir alimentos o líquidos permanentemente	☐	☐	
13. Tiene riesgo de sufrir deshidratación o suele rechazar la ingesta de líquidos	☐	☐	
14. Estreñimiento: suele necesitar supositorios o enemas	☐	☐	
15. Requiere un catéter/diálisis (enfermedad urinaria/renal, etc.)	☐	☐	
16a. ¿El niño sufre de epilepsia o convulsiones? En caso afirmativo, indique el tipo	☐	☐	
16b. ¿El niño recibe medicamentos recetados para tratar las convulsiones?	☐	☐	
16c. Fecha de la última convulsión, tipo de convulsiones, frecuencia:			

17a. ¿Tiene diabetes? En caso afirmativo, indique el tipo:	☐	☐	
17b. ¿El menor es insulinodependiente?	☐	☐	
18. ¿El niño recibe cuidados de enfermería especializada en el hogar?	☐	☐	
19. Otras enfermedades que requieran asistencia: INDIQUE EN LOS COMENTARIOS A CONTINUACIÓN. Comentarios:			

RIESGOS CONDUCTUALES	**SÍ**	**NO**	**COMENTARIOS**
Conducta (hacia sí mismo)			**Incluya frecuencia y factores desencadenantes**
1. Se muerde o se pega con fuerza	☐	☐	
2. Se sacude o golpea la cabeza	☐	☐	
3. Se inserta objetos dañinos en orificios del cuerpo	☐	☐	
4. Se hurga o rasca fuertemente la piel	☐	☐	
5. Padece pica (ingesta de sustancias no comestibles)	☐	☐	
6. Otro:	☐	☐	
Conducta (hacia otras personas)			**Incluya frecuencia, factores desencadenantes y con quiénes manifiesta la conducta (p. ej., padres, hermanos, maestros, extraños)**
7. Les pega a otras personas, las patea o las muerde	☐	☐	
8. Hace amenazas directas de violencia.	☐	☐	
9. Tiene arrebatos de ira o agresividad.	☐	☐	
10. Desafía fuertemente/rechaza permanentemente o no cumple indicaciones	☐	☐	

OTRAS CONDUCTAS	SÍ	NO	En caso afirmativo, describa qué tratamientos o servicios recibe el niño, si los hay
11. Consumo de sustancias tóxicas	☐	☐	
12. Participación en hecho legal/criminal	☐	☐	
13. Conducta sexual problemática	☐	☐	
14. Sale corriendo impulsivamente	☐	☐	
15. Deambula con frecuencia	☐	☐	
16. Conductas inusuales de trepar	☐	☐	
17. Provoca daños a propiedades	☐	☐	
18. Suele prender fuego cosas	☐	☐	
19. Otro:	☐	☐	

SITUACIONES TRAUMÁTICAS Y RIESGOSAS	SÍ	NO	Comentarios
1. Antecedentes de abuso físico	☐	☐	
2. Antecedentes de abuso sexual	☐	☐	
3. Antecedentes de hostigamiento (bullying)	☐	☐	
4. Antecedentes de pérdidas graves, como la muerte de un hermano o de uno de los padres	☐	☐	
5. Antecedentes de haber sido apartado del hogar por abuso o negligencia	☐	☐	
Problemas de salud mental	**SÍ**	**NO**	**En caso afirmativo, describa qué tratamientos o servicios recibe el niño, si los hay**
6. Depresión (desesperanza, tristeza, cambios de humor)	☐	☐	
7. Ansiedad (preocupación excesiva, ataques de pánico)	☐	☐	
8. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	☐	☐	
9. Cambios muy repentinos de humor y/o irritabilidad	☐	☐	
10. Tics, trastornos del movimiento	☐	☐	
11. Ve o escucha cosas que no son reales; paranoia	☐	☐	
Comentarios:			

SECCIÓN IV: NECESIDADES DE SUPERVISIÓN Y USO DE EQUIPOS ADAPTATIVOS

Recuerde calificar el desempeño promedio del niño o el uso de equipos adaptivos en los **últimos 6 meses**. Puede incluir cualquier información adicional en las casillas de comentarios. Por ejemplo, si las capacidades actuales del niño o su necesidad de usar equipos adaptativos han mejorado o empeorado en comparación con sus aptitudes pasadas.

NECESIDADES DE SUPERVISIÓN EN EL HOGAR	SÍ	NO
1. Requiere supervisión acorde a su edad	☐	☐
2. Requiere supervisión atenta de 24 horas (día y noche)	☐	☐
3. Requiere supervisión atenta durante el día	☐	☐
4. Asistencia o supervisión diaria en el lugar, horas limitadas	☐	☐
5. Puede identificar una emergencia y conseguir ayuda para sí mismo	☐	☐
6. Requiere asistencia para salir del hogar	☐	☐

NECESIDADES DE SUPERVISIÓN EN LA COMUNIDAD	SÍ	NO
1. Requiere supervisión acorde a su edad	☐	☐
2. Requiere supervisión atenta de 24 horas (día y noche)	☐	☐
3. Requiere supervisión atenta durante el día	☐	☐
4. Puede quedarse solo en lugares específicos	☐	☐
5. Viaja de manera independiente dentro de la comunidad	☐	☐
6. Es vulnerable a la explotación.	☐	☐

Comentarios:

USO DE EQUIPOS ADAPTATIVOS	MARCAR SI USA	Comentarios			
Silla de ruedas (puede elegir más de una opción)	☐	☐ Manual	☐ Con motor	☐ Se impulsa por su cuenta	☐ Requiere asistencia
Casco	☐				
Anteojos	☐				
Andador/muletas/bastón	☐				
Utensilios modificados para comer	☐				
Sistema de respuesta personal en caso de emergencia (PERS)	☐				
Zapatos correctores/aparatos ortopédicos	☐				
Audífonos	☐				
Dispositivo de comunicación aumentativa	☐				

USO DE EQUIPOS ADAPTATIVOS	MARCAR SI USA	Comentarios
Otro: Describa	☐	
1		
2		
3		
Comentarios:		

MODIFICACIONES EN EL ENTORNO	MARCAR SI USA	Comentarios
Vehículo modificado para silla de ruedas	☐	
Instalaciones sanitarias accesibles	☐	
Rampa	☐	
Elevadores: porche, Hoyer, escalera	☐	
Otro: Describa	☐	
1		
2		
3		
Comentarios:		