

Formulario de Evaluación de Inclusión – Programa Conexiones al Aire Libre de Camp Sealth

La información escrita en este formulario es confidencial. Solamente se compartirá según sea necesario con el personal trabajando más de cerca con su hijo. Le pedimos el favor de ser minucioso y honesto al llenar este formulario para poder darle a su hijo la mejor experiencia posible. Si tiene preguntas o notas y instrucciones adicionales, usted puede contactar a la Directora de Campamento directamente vía correo electrónico, carriek@campfireseattle.or o por teléfono, 206 463-3174, extensión #35.

Acerca de su hijo:

Cosas favoritas:

Materia escolar: _____

Pasatiempos/intereses: _____

Deporte para ver o jugar: _____

Programa de televisión o película: _____

¿Tiene su hijo un talento o una habilidad única? _____

Las Discapacidades y los Diagnósticos

¿Ha sido el niño diagnosticado o tratado por cualquiera de los siguientes?:

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD o ADHD | <input type="checkbox"/> Discapacidad del Desarrollo | <input type="checkbox"/> Trastorno de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastorno Alimentario | <input type="checkbox"/> PTSD |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Depresión | | |

¿Tiene el niño incapacidades físicas, condiciones médicas, o limitaciones de movilidad que pueden afectarlo mientras esté en el campamento? _____

¿Ha visto el niño un profesional de salud mental en el último año? Sí No

¿Hay alguna situación en su casa o hogar, o circunstancias de la vida que el personal de Camp Sealth debe saber? _____

Información Escolar

Nombre de su escuela actual: _____

¿Tiene el niño un PEI o IEP?: Sí No

¿Qué apoyo o servicios, si hay alguno, recibe su hijo de la escuela? _____

¿Qué retos, si hay alguno, enfrenta su hijo en la escuela? _____

Medicación

Enumere cualquier medicamento que toma el niño a causa de propósitos emocionales o de desarrollo, o medicamentos que pueden afectar su comportamiento o atención: _____

Cuidado Personal

Describa la habilidad de su hijo para cada una de las siguientes tareas personales:

	Completamente Independiente	Necesita Recordatorios	Necesita un poco de ayuda	Necesita mucha ayuda
Atarse los Zapatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Hay algo más que debemos saber acerca del cuidado personal de su hijo? _____

Adaptándose al Ambiente del Campamento

¿Cómo se adapta su hijo a nuevos ambientes y situaciones?

- Muy bien
- Bien después de algún ajuste
- Necesita mucho tiempo para ajustarse
- No maneja bien las nuevas situaciones

¿Es su hijo quisquilloso con su comida? Sí Un Poco No

¿Cuáles son las comidas favoritas de su hijo? _____

¿Comidas menos favoritas? _____

¿Tiene usted otras preocupaciones sobre cómo se ajustará su hijo al ambiente del campamento? _____

Comunicación

¿Tiene el niño alguna limitación comunicándose con sus pares o con adultos? Sí Un poco No

Si es así, explique: _____

Características Emocionales y de Comportamiento:

Califique la capacidad del niño para cada uno de los siguientes:

	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
Pone atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigue las instrucciones de adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprende y sigue las reglas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lleva bien con sus pares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resuelve conflictos respetuosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace amigos fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coopera con tareas en grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participa en actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa lenguaje respetuoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte espacio y pertenencias personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede seguir un calendario establecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se adapta a nuevas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maneja transiciones a nuevas actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queda con un grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede controlar sus acciones cuando está enojado o ansioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se puede calmar cuando está enojado o ansioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acepta responsabilidad por sus propias acciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha tenido el niño problemas con lo siguiente:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Escapándose | <input type="checkbox"/> Malas Palabras | <input type="checkbox"/> Rabiatas |
| <input type="checkbox"/> Pegando / Pateando | <input type="checkbox"/> Intimidando a otros | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Mordiendo | <input type="checkbox"/> Siendo Intimidado | <input type="checkbox"/> Abuso de si mismo |
| <input type="checkbox"/> Violencia | <input type="checkbox"/> Insultando a otros | |

Describe los problemas listados arriba o cualquier otro problema de comportamiento: _____

¿Nos puede avisar de alguna cosa en particular que puede provocar un problema de comportamiento? _____

Estrategias y Objetivos

Describa alguna estrategia que ha usado usted con su hijo para hacer frente con éxito cualquier problemas de comportamiento: _____

¿Qué estrategias no han tenido éxito? _____

¿Hay objetivos que tienen usted y su hijo que podemos apodar aquí en Camp Sealth? _____

¿Hay algo que no le hemos preguntado que nos pueda ayudar mejor apoyar a su hijo en Camp? _____
