



PERFIL DE CUIDADO o RELEVO

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirreccion : _____ Teléfono: _____

Programa de Día actual: _____ Teléfono: _____

Los hermanos que el proveedor pueda ser responsable de: (nombres y fecha de nacimiento)

Comportamiento / Personalidad:

___ Feliz	___ Juega solo	___ Hiperactivo
___ Callado	___ Sigue instrucciones	___ rabietas
___ A menudo llora	___ Agresivos	___ Destructivos

Explicar: _____

Los temores: ___ ruidos ___ oscuridad ___ animales ___ otros?

Explicar: _____

¿Es él / ella consciente de su seguridad personal? ___ si ___ no

Se hace daño a sí mismo o a otros (por favor describa):

¿Se escapa? ___ Precauciones tomadas: _____

Información del Comportamiento: _____

Los métodos de disciplina: _____

Rutinas para acostar a dormir: _____

Haga una lista de recompensas que puede utilizar para las conductas apropiadas: _____

Comunicación / Apoyo:

¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar? _____

¿Cómo se le comunica? _____

_____ Palabras y sonidos

_____ Lenguaje de señales

_____ Gestos / Expresiones

_____ Equipos Aumentativos

¿El o ella tienen equipo adaptivo para la audición o de la visión? _____

¿Tiene él / ella otro equipo adaptivo para movilidad, alimentación)? _____

¿Él o ella necesita ayuda con:

_____ Comida

_____ Escaleras

_____ Ruta

_____ Ir al baño

_____ Vendaje

_____ Baño

Los alimentos o refrigerios que no están permitidos: _____

Alimentos favoritos: _____

Alergias a Alimentos? _____ si _____ no Explique: _____

Dietas especiales? _____ si _____ no Explique: _____

Los tiempos típicos de: Desayuno _____ Almuerzo _____ Cena _____ Aperitivos _____

Por favor, describa las tareas del hogar que el es responsable de cumplir:

Médico:

Diagnóstico (s): _____

¿Tiene él / ella convulsiones? _____ si _____ no Tipo de convulsiones: _____

Explique los síntomas de preocupación: _____

¿Cuánto tiempo duro' la última convulsión?_____

¿Qué debe hacer el profesional durante y después del ataque?_____

Médico de Cabecera:_____ Teléfono:_____

Recreación / Actividades:

¿ Le a él / ella gusta socializar con los demás? Si_____ No_____

En caso afirmativo, ¿de qué manera:_____

¿Le gusta a él / ella disfrutar del aire libre? Si_____ No_____

Tipo de actividad que les gusta hacer al aire libre.:_____

Todas las restricciones o limitaciones físicas?_____

¿ Disfruta él / ella que le lean? Libros preferidos?_____

Las actividades que disfruta cuando esta en casa:_____

Las actividades recreativas que participa (paseos a caballo, Olimpiadas Especiales, Girl Scouts, etc.)_____

Preferencias de relevo:

Respiro recomendados: _____ En el hogar _____ En la Comunidad _____ Inicio del proveedor
Proveedor que fuma _____ Permitida _____ No Autorizada _____ No tengo preferencias

Necesidad de descanso específicas? (Día de la semana / actividad / hora?)_____

¿ Se uede quedar solo en casa sin supervisión?_____

Mascotas en el hogar: _____ gatos _____ dogs _____ otros

Nombres de animales en el hogar y su personalidad: _____

Cualquier otra información que sería de gran ayuda en el cuidado de su hijo:_____
