



Fecha _____

Aplicación de Adolescentes para el Club de Campeones Iglesia Lakewood

Nombre del Niño(a): _____
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Apodo: _____ Sexo del niño(a): Masculino / Femenino

Diagnóstico del niño(a) (Ej., Autismo, Síndrome de Down, Discapacidad Intelectual (ID), etc.): _____

Servicio Preferido (*1ra, 2da, & 3ra opción*): SERVICIOS EN ESPAÑOL
Domingo 2:00pm _____
SERVICIOS EN INGLES (Se ofrece traducción)
Mier. 7:30pm _____ Sab. 7:00pm _____ Dom. 8:30am _____ Dom. 11:00am _____

El niño(a) puede hablar: Sí / No Idioma que habla: _____ Idioma que entiende: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono de Casa: _____

El Niño(a) tiene hermanos(as): Sí / No El Niño(a) vive con: Mamá / Papá / Los dos Padres/ Guardián

Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____

Número de Celular: _____ Número de Celular: _____

Nombre del Guardián (Si aplica): _____

Número de Celular: _____

Información de Emergencia

Persona que se puede contactar si el padre/guardián no puede ser contactado en caso de Emergencia			
Nombre Completo	Relación	Dirección Postal	Número de Teléfono

Haga una lista del medicamento que el niño(a) toma y que ha sido recetado por el médico: _____

2. Condiciones de Salud (Circule todas las que aplican)

Asma Diabetes Epilepsia Lesión Cerebral Discapacidad Auditiva Discapacidad Visual

Otra (Especifique): _____

3. Restricciones Dietéticas/Alergias

¿Puede comer comida sólida el niño(a)? Sí / No

Instrucciones de Alimentación: _____

Restricciones Dietéticas: _____

Alergias de Comida: _____

Alergias de Medicamento: _____

Otras Alergias: _____

Nivel de Desarrollo (Por favor indique su mejor estimación) Información Educativa

Física	Cognitivo	Emocional	Social	¿El niño(a) está en la escuela? Sí No
<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Alto	Grado Escolar:
<input type="checkbox"/> Mediano	<input type="checkbox"/> Mediano	<input type="checkbox"/> Mediano	<input type="checkbox"/> Mediano	
<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Bajo	
				¿El niño(a) recibe educación especial en la escuela? Sí / No

Información del Comportamiento

Problemas de Comportamiento	Consecuencias y Plan de Disciplina	Refuerzos y Sistema de Recompensa
<input type="checkbox"/> Corre	<input type="checkbox"/> No tengo un plan de disciplina	<input type="checkbox"/> Alabanza
<input type="checkbox"/> Grita	<input type="checkbox"/> Re-dirigir	<input type="checkbox"/> Comida
<input type="checkbox"/> Usa malas palabras	<input type="checkbox"/> Tiempo Fuera (time out)	<input type="checkbox"/> Libros/Juguetes/Juegos
<input type="checkbox"/> Toca a otros impropriamente	<input type="checkbox"/> Se le quitan privilegios	<input type="checkbox"/> Privilegios
<input type="checkbox"/> Auto agresión (se rasca, se pega, se muerde, se jala el cabello)	<input type="checkbox"/> Se le quitan artículos de su gusto (Juguetes/Juegos, TV, Computadora)	<input type="checkbox"/> Recompensa tangible (Stickers, Pulseras)
<input type="checkbox"/> Agresivo contra otros (escupe, rasca, pega, muerde, jala el cabello)	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Dólares de Kidslife
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):	_____	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Qué calma al niño(a)? (Durante un episodio, cuando tiene miedo o esta enojado) _____

Otra Información

¿El niño(a) necesita cambio de pañal? Sí / No (En caso que necesite cambio de pañal por favor proporcione lo necesario)

Instrucciones Especiales: _____

Proporcione cualquier información adicional que nos pueda ayudar con el cuidado de su niño(a):
