



Paquete de Encuesta

Para personas de 3 años de edad o mayor

Gracias por su interés en los servicios del Centro Regional del Norte de la Bahía (NBRC). NBRC es una agencia que ayuda a personas con discapacidades de desarrollo en los condados de Napa, Solano y Sonoma. Las personas que reciben servicios de nuestra agencia incluyen aquellos con discapacidades intelectuales, autismo, parálisis cerebral, epilepsia, o una condición similar a una discapacidad intelectual. Para calificar, la condición debe haberse originado antes de la edad de los 18 años y se considera incapacitante. Para obtener más información sobre la elegibilidad del Centro Regional, le recomendamos que visite nuestro sitio web www.nbrc.net o el sitio web del Departamento de Servicios del Desarrollo de California www.dds.ca.gov.

Favor de completar y devolver este paquete de encuesta junto con los documentos necesarios, para ayudar a establecer la sospecha de una discapacidad del desarrollo. Un coordinador de referencia lo llamará lo más pronto posible para discutir los próximos pasos. La situación de cada solicitante es específica a sus necesidades y requiere ciertos documentos. Su ayuda en obtener sus documentos es apreciado. Toda la información proporcionada al Centro Regional se considera confidencial.

Encontrará una lista de los tipos de documentos que son útiles para nosotros. Por favor complete el paquete lo mejor que pueda. Cuando haya obtenido copias de sus documentos y haya completado el paquete puede enviarlos por:

Correo de EE. UU:

North Bay Regional Center

ATTN: Intake

610 Airpark Rd.

Napa, CA 94558

Fax:

(707) 260-6269

Correo electrónico

intake@nbrc.net

Si necesita ayuda en obtener sus documentos, por favor comuníquese con nosotros por correo electrónico intake@nbrc.net o Tel. 707-256-1180.

Gracias,

El equipo de admisión

Individual siendo referido

Primer nombre: _____ Apellido: _____

También conocido como: _____ Masculino Femenino Edad: _____

Fecha de nacimiento: / / idioma(s): _____

Dirección Residencial: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Tel: () _____ - _____ correo electrónico: _____

El mejor tiempo disponible (día y hora): _____

Nombre de persona de contacto: _____ Tel: () _____ - _____

Formulario completado por: _____ relación: _____

¿Quién te refirió a NBRC? _____ Tel: () _____ - _____

¿Ha recibido servicios de algún Centro Regional en el pasado? No Si

En caso afirmativo, indique el nombre del Centro Regional _____

¿Recibe beneficios de SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)? No Si ¿desde cuándo? _____

Nombre de la escuela que asiste: _____ grado: _____

¿Tiene un IEP (Programa Educativo Individualizado)? No Si ¿desde cuándo? _____

¿Última escuela que asistió? (si es un adulto): _____

¿Recibió él/ella un diploma/certificado? No Si Fecha cuando recibió el diploma/certificado: _____

Colegios/otras escuelas: _____

Seguro médico: _____ Doctor primario: _____

Clínica Médica: _____

Neurólogo: _____ Especialista(s): _____

Medicamentos: _____

Diagnóstico(s): _____

Qué diagnósticos se han dado en el pasado? _____

¿Dónde está recibiendo tratamiento de salud mental? _____

Nombre de terapeuta: _____

Por favor describa por qué la persona está solicitando servicios

1. Discapacidad Intelectual

¿Hay sospecha de que el solicitante tenga Discapacidad Intelectual?(si, no pase a la siguiente sección) No Si

¿Ha sido diagnosticado por un profesional de salud con una discapacidad intelectual? No Si

Nombre del profesional: _____ ¿a qué edad fue diagnosticado? _____

Por favor, describa sus preocupaciones sobre la habilidad de aprendizaje del solicitante:

Por favor, describa sus preocupaciones sobre la habilidad del solicitante de desempeñar independientemente habilidades apropiadas para su edad:

2. Trastorno del espectro autista (autismo)

¿Hay sospecha de que el solicitante tiene autismo? (si, no pase a la siguiente sección) No Si

¿Ha sido diagnosticado por un profesional de salud con autismo? No Si

Nombre del profesional: _____ ¿A qué edad fue diagnosticado? _____

Por favor, describa sus preocupaciones sobre el lenguaje del solicitante:

Por favor, describa las preocupaciones con la interacción social del solicitante:

Por favor, describa las preocupaciones con el comportamiento del solicitante:

3. Parálisis Cerebral

¿El solicitante usa equipo adaptativo? No Silla de ruedas caminante aparato ortopédico

¿Hay sospecha que el solicitante tiene Parálisis Cerebral (sí no, pase a la siguiente sección)? No Si

¿Ha sido diagnosticado por un profesional de salud con Parálisis Cerebral? No Si

Nombre del profesional: _____ ¿a qué edad fue diagnosticado? _____

¿Cómo ha sido afectado el funcionamiento físico del solicitante?

4. Epilepsia

¿El solicitante ha sido diagnosticado por un médico o neurólogo con epilepsia? No Si

Nombre del profesional: _____ ¿a qué edad fue diagnosticado? _____

¿El solicitante está tomando medicamento para epilepsia (convulsiones)? No Si

¿Qué tan frecuentes son las convulsiones?

Diario semanalmente una por mes una por año ninguna entere el año

Indique los medicamentos utilizados para epilepsia (convulsiones)

Describa el tipo de convulsiones y cómo el solicitante se ve afectado en su funcionamiento diario

5. Otro:

Si es necesario, por favor describa cualquier otra inquietud sobre el solicitante que no ha sido mencionado anteriormente.



North Bay Regional Center
Ingreso y Elegibilidad

Lista de solicitudes de registros e informes

Por favor, proporcione cualquiera de los siguientes informes que pueda obtener que se encuentran a continuación:

✓		
	Evaluaciones psicológicas	Todas las evaluaciones completadas por un psicólogo con licencia (PhD, PsyD).
Expediente educativo		
	IEP (Programa Educativo Individual)	Esto incluye metas y planes de servicio. NECESITAMOS los más recientes y trienales (se realizan cada 3 años).
	Evaluaciones psicológicas escolares	Los reportes Psicoeducativos más recientes del psicólogo escolar.
	Reportes de terapia del habla	Reportes de patólogos del habla (SLP) de la escuela y/o la práctica privada.
	Reportes de terapia ocupacional	Reportes de terapia ocupacional (OT) de la escuela y/o práctica privada.
	Reportes de fisioterapia	Reportes de terapia física (PT) de la escuela y/o la práctica privada.
	Notas del maestro/observaciones	Notas, cartas, o reportes del personal de la escuela que describen el funcionamiento diario del solicitante.
Registros médicos		
	Notas del neurólogo/psiquiatra	Información de médicos neurológicos/psiquiátricos (MD/DO).
	Registros médicos	Registros que sean RELACIONADOS A LA DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO y los principales problemas médicos (por ejemplo, síndromes, genética, etc.)
	Admisión/alta de un hospital psiquiátrico	Documentos de admisión y de alta de un hospital psiquiátrico.
Registros legales (si corresponde)		
	Guardián legal	Documento de tutela de la corte.
	Documentos de adopción	El nuevo certificado de nacimiento o el documento de adopción de la corte.
	Conservatoría (adulto)	Documento de tutela de la corte.