

# **TENDIENDO UN PUENTE SOBRE REGISTRO DE VIDAS PAQUETE**

## **INSTRUCCIONES**

- 1. Guarde el formulario a su computadora**
- 2. Llene el formulario**
- 3. Guarde el formulario nuevo**
- 4. por correo electrónico o fax su formulario completado**

**Correo electrónico: [bridges6055mg@yahoo.com](mailto:bridges6055mg@yahoo.com)**

**O**

**Fax al: 281-890-3111**

# 1. LOS PADRES CONSENTIMIENTO E INDEMNIZACIÓN ACUERDO

Yo, \_\_\_\_\_ en lo sucesivo como "los abajo firmantes",  
o el "padre o tutor legal" de, \_\_\_\_\_,  
autorizan participación plena premuerto en servicios de respiro Bridging vive

Yo, el abajo firmante reconoce que, al igual que con todas las actividades, existen algunos riesgos de lesiones leves o accidentes durante su participación en los servicios de libertades. Por lo tanto, teniendo en cuenta la participación de mi hijo, en nombre de mi autoestima y mi hijo, desligo, descarga, Convenio para no demandar y acepta indemnizar y mantener inofensivo Bridging vive, Matthew Bridges, empleados, otros participantes y los propietarios y arrendadores de las premisas en que realizan actividades de cualquier y toda responsabilidad, reclamaciones y causas de acción que surjan de o relacionados con cualquier pérdida o daño , que puede ser sostenido por mí o mi hijo, causado por la negligencia o de otro tipo durante su participación en tales actividades, o mientras en, o a las instalaciones donde se lleva a cabo la actividad.

También yo, el abajo firmante, autorizar y conceder permiso para proporcionar transporte, alimentación y hospedaje para este participante.

El abajo firmante, más doy mi permiso para cualquier asistencia médica de urgencia o tratamiento por un médico, cirujano, hospital o centro de atención médica que puede ser necesaria, incluyendo el transporte y aceptar la responsabilidad por el costo.

**He leído y entender la declaración contenida por encima y otros a confiar en esta representación la intención.**

## PARTICIPANTES

<b>Nombre del padre:</b>	
<b>Participante:</b>	
<b>Firma del padre:</b>	
<b>Fecha:</b>	

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO

A quien pueda interesar:

Que (I), de los padres / legal guardian de \_\_\_\_\_, autorizar a personal y voluntarios de Bridging Lives, en cuya atención ha sido confiado al menor, para su consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestésico, médico, quirúrgico o dental de diagnóstico o tratamiento y atención hospitalaria, que procesa al menor bajo la supervisión general o especial y en el Consejo de algún médico o dentista o el personal médico de un hospital con licencia, si tal diagnóstico o tratamiento se procesa en la oficina de dicho médico o en dicho hospital.

El abajo firmante será responsable y acuerdo pagar todos los costos y gastos incurridos en relación con tales servicios médicos y odontológicos prestados al niño mencionado en virtud de esta autorización.

<b>Imprimir el nombre del participante:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Firma del padre/tutor (con fecha):</b>	
<b>Teléfono del padre:</b>	
<b>Matriz celular:</b>	
<b>Contacto de emergencia y teléfono:</b>	
<b>Las compañías de seguros y número de póliza:</b>	
<b>Nombre del médico de familia:</b>	<b>Número de teléfono:</b>

**SALVAR VIDAS  
PROGRAMA INFANTIL RESPIRO  
Resumen de información de padres**

<b>Nombre del consumidor:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>
<b>Seguridad social #:</b>	<b>Programa escolar y profesional:</b>
<b>Tipo de discapacidad/Medical Diagnosis:</b>	
<b>Nombre de los padres:</b>	
<b>Tutor legal:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfono</b>	
<b>Inicio:</b>	
<b>Obra:</b>	
<b>Busca:</b>	
<b>Celular:</b>	
<b>Contacto de emergencia</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Relación:</b>	

**INFORMACIÓN MÉDICA**

<b>A. médico de del consumidor:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Seguro médico:</b>	<b>Política y/o número de Medicaid:</b>
<b>B. ¿tomar medicación regularmente (sí o no):</b>	
<b>Medicamento:</b>	
<b>Dosificación:</b>	
<b>Tiempo dado:</b>	
<b>Propósito:</b>	
<b>Medicamento:</b>	
<b>Dosificación:</b>	
<b>Tiempo dado:</b>	
<b>Propósito:</b>	
<b>Medicamento:</b>	

<b>Dosificación:</b>	
<b>Tiempo dado:</b>	
<b>Propósito:</b>	
<b>C. ¿tiene alergias conocidas (sí o no):</b>	
<b>Alimentos:</b>	<b>Drogas:</b>
<b>Medio ambiente:</b>	
<b>D. tiene un trastorno convulsivo (sí o no):</b>	
<b>E. ¿qué se hace generalmente si se produjera un ataque:</b>	
<b>F el. son las vacunas actuales (sí/no):</b>	<b>Fecha del último tétanos:</b>
<b>G. otra información médica pertinente:</b>	

### **DIETA**

<b>A. ¿requiere una dieta especial? (sí o no):</b>
<b>¿Hay alguna comida que no debe comer? (sí o no):</b>
<b>B. los alimentos preferidos de, aperitivos:</b>
<b>C. los alimentos que no le gusta:</b>

## HABILIDADES PARA LA VIDA DIARIA

Especificar el tipo y grado de asistencia requerida en cada área

<p><b>A. Comer: (mano/izquierda-mano derecha):</b> <b>Comentarios:</b></p>
<p><b>B. Baño: (Prefers bañera o ducha):</b> <b>Comentarios:</b></p>
<p><b>C. Preparación: (Asistente independiente, mínima o Total):</b> <b>asistencia:</b></p> <p><b>Comentario:</b></p>
<p><b>D. Inodoro: (Asistente independiente, mínima o Total):</b> <b>Asistencia:</b></p> <p><b>Comentario:</b></p>
<p><b>E. Aseo personal (diente de cepillado, afeitado, etc.). (Asistente independiente, mínima o Total):</b> <b>Asistencia:</b></p> <p><b>Comentario:</b></p>
<p><b>F. Rutina para dormir:</b></p> <p><b>Comentario:</b></p>

## INFORMACIÓN GENERAL

<p><b>A. ¿Se usa equipo adaptable especial? Describir:</b></p>
<p><b>B. ¿Habla? (sí/no):</b></p> <p><b>Si no, se describe cómo comunica sus necesidades:</b></p>
<p><b>C. ¿Entiende cuando hable? (sí/no):</b></p> <p><b>Si no, se describe cuál es la mejor para comunicarse:</b></p>
<p><b>Please List todo lo le podría asustar:</b></p>
<p><b>D. ¿Él/ella disfruta socializar con los demás? (sí/no):</b></p> <p><b>Detalles específicos:</b></p>
<p><b>E. Describir el programa de un día típico para esta persona:</b></p>
<p><b>F. Cosas de la lista que son muy importantes para esta persona:</b></p>
<p><b>G. Lista de las cosas que esta persona no le gusta:</b></p>

**H. ¿Necesita enviar comida o merienda con persona a la escuela o programa profesional cuidador?**

**(sí/no):**



## HOJA DE ESTRATEGIA DE ACTIVIDADES DE RESPIRO

<b>Nombre del consumidor:</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	
<b>A. juguete/juego favorito:</b>	<b>Programa de TV favorito:</b>
<b>Disfruta de actividades:</b>	
<b>B. actividades a la familia le gustaría ver esta persona involucrada en:</b>	

<b>C. esta persona se desarrolla mejor en las actividades cuando es: (sí o no por debajo de la respuesta)</b>	
<b>Solo:</b>	<b>Con adultos en la habitación:</b>
<b>Con la gente de la misma edad:</b>	<b>Con adultos cercanos:</b>
<b>Con los niños más pequeños:</b>	<b>No importa:</b>
<b>Comentario:</b>	

<b>D. algunas ideas que pueden ayudar a las actividades van bien: (sí o no por debajo de la respuesta)</b>	
<b>Establecimiento de límites constantemente:</b>	<b>Alabando buenos comportamientos:</b>
<b>Haciendo caso omiso de pobres comportamientos:</b>	<b>Tener tiempos específicos arranque/parada:</b>
<b>Ser específico sobre las expectativas:</b>	<b>Alabando con frecuencia:</b>

<b>Comentario:</b>		
<b>E. algunos problemas que pueden emerger durante las actividades de: (sí o no por debajo de la respuesta)</b>		
<b>Rabietas:</b>	<b>Conflictos con otros niños:</b>	<b>Maldecir:</b>
<b>Prueba de límites:</b>	<b>Siendo extremadamente activa:</b>	<b>Mentir:</b>
<b>Accidentes de inodoro:</b>	<b>Dificultad para seguir instrucciones:</b>	<b>Frustrarse:</b>
<b>No querer parar la actividad:</b>		
<b>Comentario:</b>		

## PRINCIPIOS BÁSICOS PARA LA GESTIÓN DE COMPORTAMIENTO

<b>Nombre del consumidor:</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>

<b>A. Las mejores maneras de prevenir los problemas: (sí o no por debajo de la respuesta)</b>
<b>Clara y firmemente lo que quieres que pase del estado:</b>
<b>Compartir la responsabilidad de elegir las actividades:</b>
<b>Ser partidos actividad planeada seguro nivel de habilidad:</b>
<b>Prepara las actividades con antelación:</b>
<b>Hacer y utilizar reglas claras:</b>
<b>Reforzar la conducta positiva:</b>
<b>Comentario:</b>

<b>B. las señales para identificar que un problema está a punto de ocurrir: (sí o no por debajo de la respuesta)</b>	
<b>Empieza a ser muy activa:</b>	<b>Se convierte muy frustrada:</b>
<b>Comienza a discutir o no está de acuerdo:</b>	<b>Se niega a responder:</b>
<b>Comentario:</b>	

**Si ocurre un problema, es generalmente mejor: (sí o no por debajo de la respuesta)**

**Quitar un privilegio o retener una recompensa prevista:**

**Lugar en tiempo de espera: máximo de minutos:**

**Sentarse y hablar sobre por qué comportamiento es un problema:**

**Ignorar el comportamiento menos peligroso:**

**Comentario:**

**C. la familia responde generalmente al buen comportamiento por: (sí o no por debajo de la respuesta)**

**Alabanza:**

**Sonriendo:**

**Abrazos:**

**Refrigerios favoritos:**

**Token de recompensas (dinero, pegatinas, juguete favorito, actividad, etc.):**

**Otros:**

<b>La información proporcionada por: (por favor imprima)</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
<input type="checkbox"/> Si usted está enviando este formulario electrónicamente, por favor marque aquí para reconocer que usted entiende su firma electrónica actuará como su firma personal.	