



Aplicación para un Tiempo de Descanso (*Break Time*) para familias que incluyen hermanos con desarrollo típico.

Tiempo de Descanso (*BreakTime*): Es un programa de cuidado de descanso para los padres y tutores de niños con necesidades especiales. Todos los niños en la familia son atendidos y entretenidos para proporcionar un verdadero descanso para los padres y guardianes.

Misión

Para proporcionar servicios de cuidados de descanso a las familias que están criando niños con necesidades especiales y a sus hermanos; para familiarizar a los estudiantes universitarios de la educación y otras disciplinas con los desafíos que enfrentan las familias que están criando niños con necesidades especiales; para reclutar, entrenar y comprometer a los miembros calificados de la comunidad como cuidadores y supervisores; y fortalecer a los socios comunitarios que atienden a las familias con niños con necesidades especiales. Estudiantes de la Universidad / Colegios y miembros de la comunidad se encargan del control y la atención directa de los niños. Los trabajadores sociales, profesores y otros profesionales con experiencia donan su tiempo y experiencia. Una enfermera registrada realiza todos los procedimientos médicos. Un Especialista en Comportamiento asiste la mayoría de las sesiones como-necesario.

¿Quién es elegible?

Cualquier niño o adulto joven, de los 3 meses a 21 años de edad, que vivan en los condados de El Paso, Teller o Park, que tienen una necesidad de salud especial ya sea cognitiva, médica, física, sensorial o social y emocional, serán considerados para participar en el Tiempo de Descanso (*BreakTime*). Animamos a que los hermanos asistan. Damos seguimiento a la asistencia de todas las sesiones del Tiempo de Descanso (*BreakTime*) y se dará prioridad a aquellos que nunca han asistido y a los que no han asistido recientemente. La seguridad general de la sesión es el factor primordial.

¿Cómo funciona?

- ☀ Complete este paquete de inscripción y envíelo a Sarah Nolan por correo electrónico a snolan@tre.org o por correo postal o fax (véase abajo). Solicitudes por correo electrónico deben ser escaneadas en archivos PDF de baja resolución. Otros formatos son demasiado grandes para enviar.
- ☀ Vamos a confirmar su asistencia y coordinar las sesiones disponibles.
- ☀ Actividades incluyen artes y manualidades, música, baile, animación profesional y mucha diversión.
- ☀ Se proporcionará una comida y un bocadillo.
- ☀ Ubicaciones y horarios varían. Los participantes recibirán los horarios y lugares antes de cada sesión. Las sesiones no podrán celebrarse cada mes.
- ☀ Todos los participantes deberán ser confirmados antes de las sesiones por el personal del Tiempo de Descanso (*BreakTime*). No tenemos la capacidad de permitir participantes de última hora.

125 N. Parkside Dr., Ste. 204, Colorado Springs, CO 80909
Teléfono (719) 338-1718 Fax (719) 380-1108



Tiempo de Descanso (Break Time) Formulario de Inscripción

Todos los formularios deben ser completamente llenados para todos los niños antes de que puedan ser registrados para el Tiempo de Descanso (*Break Time*). No Deje Ninguna Pregunta Sin Respuesta o Páginas en Blanco. Escriba N / A si no es aplicable.

Nombre del niño/a con necesidades especiales: _____ Apodo: _____ Masculino Femenina

Fecha de Nacimiento: _____ Idioma principal del niño (incluyendo ASL): _____

¿Es su hijo no-verbal? No Si En caso afirmativo, ¿cómo se comunican con los demás? _____

Nombre del padre(s) o Guardián(es): _____

Domicilio: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Número del Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto en caso de Emergencia/Nombre y # Teléfono: _____

Diagnósticos Médicos & Diagnostico de Comportamiento del niño: _____

¿Tiene todas las vacunas al día? D No D Si (Si no, ¿cuales necesita?) _____

Haga una lista de los medicamentos: Si cualquiera de estos medicamentos, posiblemente tendría que darse en el Tiempo de Descanso (tiempos de las sesiones podrían variar 9 a.m.-10 p.m.), debe completar el Formulario de Medicamentos adjunto.

Medicamento: _____ Razón por la que se tiene que tomar medicamento: _____

Medicamento: _____ Razón por la que se tiene que tomar medicamento: _____

Medicamento: _____ Razón por la que se tiene que tomar medicamento: _____

Nombre del médico primario del niño: _____ Teléfono: _____

Haga una lista de las alergias o aversiones alimentarias: _____

Describa cualquier historia o la posibilidad de ahogarse o aspiración al comer: _____

¿Tiene su hijo infecciones frecuentes? D No D Si, explique _____

¿Tiene su hijo un historial de convulsiones en algún momento de su vida? No Si

En caso de convulsiones, ¿cómo son las convulsiones para un cuidador? _____

Haga una lista y explique de todo el equipo especial que su hijo utiliza (por ejemplo, silla de ruedas, oxígeno, tubo-g, traqueotomía, etc.):

Describa las necesidades de ir al baño de su hijo: _____



Hermano (s) que asisten al Tiempo de Descanso (*Break Time*): **Se requieren formularios de inscripción para todos los hermanos que asistirán, así como las hojas de permiso de los padres y los formularios de medicamentos / formularios de comportamiento que sean aplicables.**

Nombre _____ Masculino _____ Femenino _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Masculino _____ Femenino _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Masculino _____ Femenino _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Masculino _____ Femenino _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Masculino _____ Femenino _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Masculino _____ Femenino _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____

Por favor, proporcione cualquier información que usted quisiera que supiéramos sobre su niño/a con necesidades especiales o los hermanos con desarrollo típico. Complete las respuestas incompletas a las preguntas anteriores o hechas más adelante. Si no hay suficiente espacio, adjunte su narrativa de importancia médica o de conducta, o cualquier información que podemos necesitar para cuidar a su hijo/a.

Su firma significa que la información que tiene y va a proporcionar es, de su mejor conocimiento, verdadera y exacta.

(Firma de Padre o Guardián)

(Fecha)

Para uso de la Oficina Solamente:

Para uso de la oficina:

- Formulario de Inscripción (s) Completo, con firma y fecha (**requerida**)
- Hoja de permiso (s) Completa con las firmas (**requeridas**)
- Información del Seguro Médico, adjunto a la hoja de permiso (**muy conveniente**)
- Formulario de Medicamento (s) Completo (para cualquier participante que requiere medicamentos durante la sesión) (**requerido**)
- Cuestionario del Comportamiento(s) Completo (para el niño/a primario y cualquier hermano (s) aplicables) (**requerido**)



Nombre de su hijo: _____

Cuestionario del Comportamiento del Tiempo de Descanso (*BreakTime*)

Por favor conteste todas las preguntas lo más honestamente posible. Problemas de comportamiento no excluirá a su hijo de asistir al Tiempo de la Descanso (*BreakTime*). Por favor explique todo las respuestas que checo con un Sí.

¿Sufre su hijo de cualquiera de estos comportamientos? (Marque todos los que se apliquen.)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cambios de humor (ex. va de gran tristeza a estar feliz) | <input type="checkbox"/> Muy molesta cuando no están los padres presentes | <input type="checkbox"/> Oye ó ve lo que no está realmente allí | <input type="checkbox"/> Trastorno generalizado del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Compulsiones | <input type="checkbox"/> Se hace del baño | <input type="checkbox"/> Obsesiones | <input type="checkbox"/> Retrasos en el Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación | | | <input type="checkbox"/> Problemas al dormir |

¿Es su hijo difícil de manejar cuando está enojado/a ó molesto/a? (es decir, se golpea a sí mismo o a otros, destruye las cosas de otros, hace berrinches)

No Sí, por favor explique _____

¿Su niño ha huido? No Sí, por favor explique _____

¿Es su hijo muy impulsivo? No Sí, por favor explique _____

¿Ha robado su hijo objetos de valor? No Sí, por favor explique _____

¿Ha sido su hijo cruel con los animales, ha empezado incendios, ha destruido propiedad a propósito, pegado a otros niños o adultos que haya resultado lesiones? No Sí, por favor explique _____

¿Ha sido su hijo acusado o se le ha encontrado por cualquier persona actuando sexualmente con él mismo/a ó con otros niños/animales/objetos? No Sí, por favor explique _____

¿Ha expresado su hijo pensamientos de suicidio, a tratado de matarse o herirse gravemente? No Sí, por favor explique _____

¿Su hijo tiene acceso a armas de fuego en el hogar? No Sí, por favor explique _____

¿Ha amenazado su hijo con matar a alguien o intentado matar a alguien? No Sí, por favor explique _____

¿Abusa su hijo alcohol u otras drogas? No Sí, por favor explique _____

¿Tiene su hijo cargos judiciales o condenas? No Sí, por favor explique _____

¿Ha sido su hijo abusado físicamente o sexualmente? No Sí, por favor explique por quién y cuándo _____

¿Cómo maneja los problemas de comportamiento de su hijo? _____

¿Cómo responde su niño a su intervención? _____

Formulario de
Medicamentos para el
Tiempo de Descanso
(Break Time).



Haga copias de esta forma en blanco si hay más de 2 medicamentos que se tengan que administrar.

Llene este formulario en su totalidad y con precisión.

Traiga una cantidad suficiente de medicamento, en un contenedor actual, en el paquete original de la receta. Los medicamentos de venta sin receta, ungüentos y cremas solares deben ser entregados en los envases originales con las instrucciones y advertencias claramente visibles.

Los medicamentos que se traen a las sesiones de cualquier otra manera no se pueden administrar durante el Tiempo de Descanso (*Break Time*) o incluso que se han dejado en las instalaciones. Usted tendrá que elegir entre volver a la hora de la medicación o saltarse una dosis. La enfermera registrada debe aprobar esas opciones y puede decidir reprogramar a su hijo para otro Tiempo de Descanso (*Break Time*). **** Los cuidadores no administran ni aceptan la posesión de ningún medicamento. ****

Fecha de Hoy _____ Nombre del Niño _____

Nombre de medicamento #1: _____ Dosis: _____

Razón por la que el niño necesita el medicamento: _____

Método de Administración: _____

¿Alguna dificultad al dársela? (sugerencias para la enfermera) _____

Horario (s) que debe darse: _____

Efectos secundarios a tener en cuenta: _____

¿Es necesario que este medicamento sea refrigerado? (marque con un círculo) Si No

Nombre de medicamento #2: _____ Dosis: _____

Razón por la que el niño necesita el medicamento: _____

Método de Administración: _____

¿Alguna dificultad al dársela? (sugerencias para la enfermera) _____

Horario (s) que debe darse: _____

Efectos secundarios a tener en cuenta: _____

¿Es necesario que este medicamento sea refrigerado? (marque con un círculo) Si No

Firma del padre _____

Autorización de los Padres



El personal del Tiempo de Descanso (*BreakTime*) llamará al 911 para obtener servicios de emergencia para su hijo/a en cualquier situación que se percibe como amenaza de vida. Por favor adjunte copias de todas las tarjetas de seguro médico aplicables para evitar retrasos en el tratamiento.

Los permisos concedidos y autorizaciones firmadas a continuación son para mi hijo, _____
Contacto del padre(s) / tutor: Nombre _____

Número de teléfono(s) de donde puede ser localizado: _____

Otra acción que desee: _____

Médico de atención primaria del niño: _____ Teléfono: _____

Favor lea y firme las siguientes autorizaciones (Escriba "No aprobada" en el lugar de la fecha de cualquier permiso denegado).

Doy permiso para que mi hijo/a sea fotografiado/a o grabado/a en vídeo por el personal de TRE, escuela / periódico local o en los medios de comunicación si se presenta la situación. También doy permiso para que su nombre se utilice.

Padre/Guardián _____ Fecha _____

En caso de una emergencia que no amenace la vida de su hijo/a, enfermedad o accidente, el personal del Tiempo de Descanso (*BreakTime*) está autorizado para proporcionar el transporte, incluyendo el servicio de ambulancia que se considerado necesario por el personal del Tiempo de Descanso, que incluye una enfermera registrada.

Padre/Guardián _____ Fecha _____

Yo autorizo y consiento a cualquier diagnóstico médico, procedimientos y tratamientos a realizar por un médico apropiado, en relación con o como resultado de cualquier accidente, enfermedad o lesión que ocurra en, o junto con, cualquier actividad del Tiempo de Descanso (*BreakTime*).

Padre/Guardián _____ Fecha _____

Se requiere para la asistencia en caso de que: Mi hijo _____ usa una silla de ruedas y doy mi permiso para que los cuidadores y el personal profesional empuje/ opere su silla de ruedas, bajo la supervisión del personal del Tiempo de Descanso (*BreakTime*).

Padre/Guardián _____ Fecha _____

Su hijo está recibiendo estos servicios en colaboración con nuestras universidades locales. Los detalles de su comportamiento, estado de salud u otra información proporcionada podrían ser estudiados, evaluada o escrita por la facultad o por estudiantes. La identidad de la familia del niño se mantendrá confidencial y todas las copias de los formularios de inscripción tendrán los nombres borrados.

Yo doy mi permiso para que los profesores universitarios y los estudiantes tengan acceso a la información de mi hijo/ _____

se borrara de los formulario de inscripción y copias su identidad para poder ser utilizados para estudios de casos en la sala de clases.

Padre/Guardián _____ Fecha _____

Estoy dispuesto a discutir más detalles acerca de mi hijo con los profesores y los estudiantes. Se mantendrá la confidencialidad de toda mi familia

Padre/Guardián _____ Fecha _____

Por Políticas de TRE, cualquier autorización concedida puede ser revocada inmediatamente por un padre, tutor o participante por cualquier medio de comunicación. Esto incluye un aviso verbal, escrito o digital para TRE.



Formulario de Inscripción para hermanos del niño/a con necesidades especiales

Nombre de los Padres de Familia ó Guardián(es): _____

Nombre del niño/a: _____ Apodo: _____ Hombre Mujer

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Medico Primario del Niño/a, si es diferente al del niño/a con las necesidades especiales: _____

Número del teléfono del médico: _____

Medicamento: _____ Razón por la que el niño necesita el medicamento: _____

Medicamento: _____ Razón por la que el niño necesita el medicamento: _____

Medicamento: _____ Razón por la que el niño necesita el medicamento: _____

Si alguno de estos medicamentos puede ser administrado en el Tiempo de Descanso (Break Time), llene el formulario de Medicamentos para su niño/a.

¿Tiene su niño/a alergias? No Si (Si tiene por favor haga una lista): _____

¿Necesitara su niño/a una siesta? No Si ¿A qué hora se duerme?: _____

¿Tiene su niño/a un problema de comportamiento? No Si

Si contesto si, por favor complete el Cuestionario del Comportamiento para este niño/a.

¿Tiene alguna información adicional que le gustaría que supiéramos? _____

Nombre de los Padres de Familia ó Guardián(es): _____

Nombre del niño/a: _____ Apodo: _____ Hombre Mujer

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Medico Primario del Niño/a, si es diferente al del niño/a con las necesidades especiales: _____

Número del teléfono del médico: _____

Medicamento: _____ Razón por la que el niño necesita el medicamento: _____

Medicamento: _____ Razón por la que el niño necesita el medicamento: _____

Medicamento: _____ Razón por la que el niño necesita el medicamento: _____

Si alguno de estos medicamentos puede ser administrado en el Tiempo de Descanso (Break Time), llene el formulario de Medicamentos para su niño/a.

¿Tiene su niño/a alergias? No Si (Si tiene por favor haga una lista): _____

¿Necesitara su niño/a una siesta? No Si ¿A qué hora se duerme?: _____

¿Tiene su niño/a un problema de comportamiento? No Si

Si contesto si, por favor complete el Cuestionario del Comportamiento para este niño/a.

¿Tiene alguna información adicional que le gustaría que supiéramos? _____

(Por favor haga copias de este formulario si hay más de 4 hermanos con desarrollo típico.)

PERMISO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL / FOTOS, VIDEOS, DECLARACIONES. LLENE CADA SECCIÓN DE ABAJO.

LLENE CADA SECCIÓN DE ABAJO.

Nombres del Cliente:	Fecha de Nacimiento:	
----------------------	----------------------	--

Por la presente autorizo al: **The Resource Exchange** A divulgar información al: **Resource Exchange**

1. Autorización: Ponga sus iniciales en UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES ABAJO:

A. _____ Autorizo a que sea una comunicación de dos vías (inicial) _____ No aplicable para la liberación de una foto.

B. _____ No autorizo al Resource Exchange a fotografiar a (nombre) _____ o a usar algo similar para promover al Resource Exchange.

2. Solicitud de información: Ponga sus iniciales en TODAS LAS QUE APLIQUEN o marque " N/A " si no es aplicable a este consentimiento. Se solicita la siguiente información:

	Fotos, vídeos, declaraciones, material impreso. Estos se pueden usar con o sin mi nombre y para cualquier fin lícito de la Mercadotecnia de TRE y promociones tanto a nivel interno con el personal y externamente con la comunidad a través de la página web de TRE y los medios sociales.
	_____ (Por favor ponga su inicial) Yo entiendo que las fotos, vídeos, declaraciones y materiales impresos publicados entre la fecha de vigencia de esta autorización y la fecha de la revocación aún se pueden utilizar en el dominio público.
	Otro: (por favor especifique)

3. Autorización de Identificación: Ponga sus iniciales en su preferencia.

	TRE puede usar mi nombre completo en los materiales de promoción y mercadotecnia.
	TRE solo puede usar mi primer nombre en los materiales de promoción y mercadotecnia.
	Deseo mantenerme anónimo /a.

4. Uso de la Información: La información siguiente puede ser utilizada para: (por favor especifique):

5. Términos de Consentimientos: Este consentimiento se mantendrá en efecto hasta (sin exceder a un año: _____ (Fecha de Expiración).

6. Firmas: Yo / Nosotros entendemos que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que yo / nosotros lo hagamos por escrito al Resource Exchange.

_____ Fecha _____ Firma del Padre / Guardián



El personal del Tiempo de Descanso (*Break Time*) llamará al 911 para obtener servicios de emergencia para su hijo/a en cualquier situación que se percibe como amenaza de vida. Por favor adjunte copias de todas las tarjetas de seguro médico aplicables para evitar retrasos en el tratamiento.

Los permisos concedidos y autorizaciones firmadas a continuación son para mi hijo, _____
Contacto del padre(s) / tutor: Nombre _____
Número de teléfono(s) de donde puede ser localizado: _____
Otra acción que desee: _____
Médico de atención primaria del niño: _____ Teléfono: _____

Favor lea y firme las siguientes autorizaciones (Escriba "No aprobada" en el lugar de la fecha de cualquier permiso denegado).

Doy permiso para que mi hijo/a sea fotografiado/a o grabado/a en vídeo por el personal de TRE, escuela / periódico local o en los medios de comunicación si se presenta la situación. También doy permiso para que su nombre se utilice.

Padre/Guardián _____ Fecha _____

En caso de una emergencia que no amenace la vida de su hijo/a, enfermedad o accidente, el personal del Tiempo de Descanso (*Break Time*) está autorizado para proporcionar el transporte, incluyendo el servicio de ambulancia que se considerado necesario por el personal del Tiempo de Descanso, que incluye una enfermera registrada.

Padre/Guardián _____ Fecha _____

Yo autorizo y consiento a cualquier diagnóstico médico, procedimientos y tratamientos a realizar por un médico apropiado, en relación con o como resultado de cualquier accidente, enfermedad o lesión que ocurra en, o junto con, cualquier actividad del Tiempo de Descanso (*Break Time*).

Padre/Guardián _____ Fecha _____

Se requiere para la asistencia en caso de que: Mi hijo usa una silla de ruedas y doy mi permiso para que los cuidadores y el personal profesional empuje/ opere su silla de ruedas, bajo la supervisión del personal del Tiempo de Descanso (*Break Time*).

Padre/Guardián _____ Fecha _____

Su hijo está recibiendo estos servicios en colaboración con nuestras universidades locales. Los detalles de su comportamiento, estado de salud u otra información proporcionada podrían ser estudiados, evaluada o escrita por la facultad o por estudiantes. La identidad de la familia del niño se mantendrá confidencial y todas las copias de los formularios de inscripción tendrán los nombres borrados.

Padre/Guardián _____ Fecha _____

Yo doy mi permiso para que los profesores universitarios y los estudiantes tengan acceso a la información de mi hijo/a _____ se borra de los formulario de inscripción y copias su identidad para poder ser utilizados para estudios de casos del salón de clases.

Padre/Guardián _____ Fecha _____

Estoy dispuesto a discutir más detalles acerca de mi hijo/a _____ con los profesores y los estudiantes. Se mantendrá la confidencialidad de toda mi familia.

Padre/Guardián _____ Fecha _____

Por Políticas de TRE, cualquier autorización concedida puede ser revocada inmediatamente por un padre, tutor o participante por cualquier medio de comunicación. Esto incluye un aviso verbal, escrito o digital para TRE.

