



Aplicación para un Tiempo de Descanso (*Break Time*)

para familias con hermanos con desarrollo no típico .

Tiempo de Descanso (*BreakTime*): Es un programa de cuidado de reposo 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 temporales a las familias con niños con necesidades especiales y 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, capacitar 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, será considerado para participar en el Tiempo de Descanso(*BreakTime*). Animamos e insistimos 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 a snolan@tre.org por correo electrónico o por correo o fax (vea abajo). Correos electrónicos 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 artesanías, 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.

418 South Weber Street, Colorado Springs, CO 80903

Teléfono (719) 338-1718 Fax (719) 380-1108

Formulario de Inscripción Tiempo de Descanso (Break Time)

Sin Hermanos

Si por lo menos un hermano/a con desarrollo típico pudo asistir al Tiempo de Descanso, por favor complete el formulario "Con Hermanos". Todos los formularios deben estar completamente llenos 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 D Femenina D

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

¿Es su hijo no verbal? No D Si D. 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 y 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 las 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 de atención primaria 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 D No D Si

En su caso, ¿cómo **es una convulsión para un cuidador**? _____

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

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

Nombre de su hijo: _____



Cuestionario del Comportamiento del Tiempo de Descanso (*Break Time*)

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 (*Break Time*). Por favor explique todo las respuestas que checo Sí.

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

- | | | | |
|--|--|--|---|
| D Cambios de humor (ex. va de gran tristeza a estar feliz) | D Muy molesto cuando no están los padres presentes | D Oye o ve lo que no está realmente allí | D Trastorno generalizado del desarrollo |
| D Compulsiones | | D Obsesiones | D Retrasos en el Desarrollo |
| D Problemas de alimentación | D Se hace del baño | D Retraso mental | D Problemas al dormir |

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

D No D Si, por favor explique _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Ha sido su hijo abusado físicamente o sexualmente? D No D 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
(BreakTime).



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 (*BreakTime*) 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 (*BreakTime*). **** Los que cuidan 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: _____

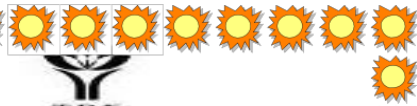
¿Alguna dificultad al dársela? (sugerencias para la enfermera) _____

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 _____



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.

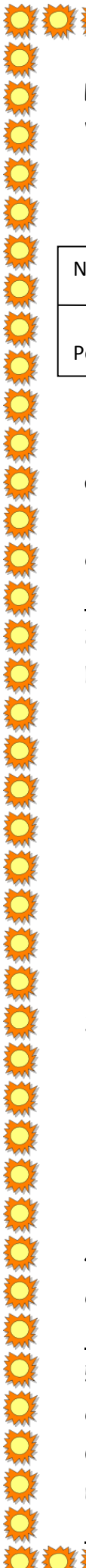
	TRE puede usar mi nombre completo en los materiales de promoción y mercadotecnia.
	TRE solo puede usar mi primer nombre en los materiales de promoción y mercadotecnia.
	Deseo mantenerme anónimo /a.

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 (*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/Guardian _____ 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 podría ser estudiada, 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 borrar 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.

