

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL (PIF)

Nombre: _____ Sexo: ____ Fecha de nacimiento: _____ Peso: _____ Alt: _____

Fecha de preparación: _____ Autor del plan: _____

INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA

Residencia: _____

Tipo (*marque uno*): GH ADH CDH IDLA Hogar propio o de la familiaCuánto tiempo con la agencia (*años/meses*): _____ Proporción (*personal:miembros*): _____

Programa de día o de trabajo: _____

Cuánto tiempo en el programa (*años/meses*): _____ Proporción (*personal:miembros*): _____

Otro: _____

DIAGNÓSTICOSalud conductual (*Trastornos clínicos, trastornos del sueño, autismo*): _____ Discapacidades del desarrollo: _____

Sí No

Discapacidad: Epilepsia Parálisis cerebral Autismo Cognitiva

Nivel de discapacidad cognitiva: Leve Moderado Grave Severo

Condiciones médicas: _____

MÁS RECIENTEFecha de revisión médica trimestral: _____ Resultado y fecha del examen de AIMS (*Fecha y resultado numérico de la prueba de AIMS*): _____Fecha y resultados de la revisión médica de segundo nivel (*Si el equipo ha solicitado una 2ª opinión del director médico de la DDD con respecto a los medicamentos*): _____

Psiquiatra o agencia: _____

Sin tutor / Tutor: _____ Parentesco: _____

COMUNICACIÓN / HABLAHabla expresiva (*vocabulario*): Extensiva Moderada Mínima No verbal

Lenguaje receptivo: Excelente Moderado Mínimo

Otras habilidades lingüísticas: Lenguaje de señas Gestos Señalar
Dispositivo o tablero de comunicación aumentativa

Idioma principal u otros idiomas: _____

EQUIPO ADAPTATIVO

Ninguno Silla de ruedas Andador Casco (para un propósito médico, no conductual) Receta (RX)

Otro: _____

HABILIDADES DE SEGURIDAD

No necesita asistencia en la comunidad Sabe cómo usar el autobús Tiene tiempo a solas/núm. de página _____

Necesita asistencia o supervisión en el hogar Necesita asistencia o supervisión en la comunidad

Otra: _____

Vea la página 2 para leer las declaraciones de EOE/ADA

TEMAS PARA REVISAR

Medicamento que modifica la conducta

Cumplimiento obligatorio – núm. de página _____

Costo de respuesta – núm. de página _____

Restricción de derechos – núm. de página _____

Dispositivo de protección – núm. de página _____

Otro – núm. de página _____

Para cualquier tema marcado anteriormente que no sea el medicamento para la conducta, haga enumere el número de página y explique en la sección BTP “Otros componentes para consideración de PRC”

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Medicamento	Dosis	Horario	Diagnóstico / Objetivo

NOTAS ADICIONALES

Norte:

DDNorthPRC@azdes.gov

Sur:

DDDD2PRC@azdes.gov

Este:

DDDEastRegionPRC@azdes.gov

Central:

DDCentralRegionPRC@azdes.gov

Oeste:

DDWESTPRC@azdes.gov