



**PROGRAMA DE  
ENRIQUECIMIENTO PARA LA  
VIDA ADULTA (ALE)**

**SOLICITUD DE  
ADMISIÓN**

**THE ARC OF SAN ANTONIO  
SOLICITUD DE ADMISIÓN AL PROGRAMA  
DE ENRIQUECIMIENTO PARA LA VIDA ADULTA**

**LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PAQUETE DE SOLICITUD DE ADMISIÓN**

**SE NECESITAN LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS (SI PROCEDE) PARA QUE EL PAQUETE DE SOLICITUD ESTÉ COMPLETO.**

**SI EL ARTÍCULO NO SE APLICA, MARQUE EL ESPACIO COMO N/A.**

**NO OLVIDE ENTREGAR EL PAQUETE COMPLETO AL DIRECTOR DEL PROGRAMA ALE.**

- **Solicitud de admisión al programa debidamente cumplimentada**
- **Fotografía actual**
- **Determinación de discapacidad intelectual (DID, por sus siglas en inglés) u otra discapacidad del desarrollo (se lo puede pedir al administrador de casos/coordinador de servicios o a la agencia proveedora)**
- **Evaluación médica y/o de enfermería más reciente / informe/notas del médico**
- **Órdenes del médico de los medicamentos que toma actualmente o los medicamentos de venta libre (si se administran durante el horario del programa)**
- **Evaluación / actualización psicológica más reciente (si procede)**
- **Evaluación / actualización psiquiátrica más reciente (si procede)**
- **Copia del plan de manejo del comportamiento (si procede)**
- **Copia de las Enfermedades relacionadas con la discapacidad intelectual (IDRC, por sus siglas en inglés) (si procede se lo puede pedir al administrador de casos/coordinador de servicios o a la agencia proveedora)**
- **IPC / IEP / ARD / PDP más recientes**
- **Evaluación / actualización profesional más reciente (si procede)**
- **ICAP / Información sobre el nivel de necesidad más recientes (incluyendo la versión impresa en computadora)**
- **Copia de la tarjeta de identificación con fotografía / tarjeta de identificación de dependiente militar**
- **Copia de la tarjeta del Seguro Social**
- **Copia de la tarjeta de Medicaid / Medicare**
- **Copia de la tarjeta de transporte VIA (si procede)**
- **Copia de los documentos de la tutela (si procede)**
- **Registro de vacunas**
- **Documentos requeridos por la agencia de financiamiento que debe rellenar el personal de The Arc of San Antonio. (Registros de prestación de servicios, hojas de formación objetiva, hojas de seguimiento del comportamiento – The Arc solicitará estos documentos a la agencia de financiamiento si procede.)**
- **Tarifa de solicitud de \$ 25.00 (solo nuevos solicitantes)**

Pago recibido:  
\$ \_\_\_\_\_

**Nota: Solicite ayuda a The Arc of San Antonio si la necesita.**

Fecha de recepción de  
la solicitud:  
\_\_\_\_\_

**THE ARC OF SAN ANTONIO**  
**SOLICITUD DE ADMISIÓN AL PROGRAMA**  
**DE ENRIQUECIMIENTO PARA LA VIDA ADULTA**  
**(Rellene completamente todas las áreas que correspondan).**

Ubicación deseada: 13430 West Avenue \_\_\_\_\_ o 6530 Wurzbach Road (PSC) \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellidos)

Apodo (si procede): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_ Caucásica \_\_\_ Hispana \_\_\_ Afroamericana \_\_\_ Asiática \_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Marque una: Residencia familiar \_\_\_\_\_; Hogar de acogida \_\_\_\_\_; Hogar comunitario \_\_\_\_\_

# de teléfono: \_\_\_\_\_ # de identificación de VIA: \_\_\_\_\_

# de Medicaid: \_\_\_\_\_ # de Medicare: \_\_\_\_\_

Nivel de necesidad actual (marque uno): \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 9 (si se conoce)

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA FAMILIA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

# de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ # de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ # de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

# de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ # de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ # de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante:

¿Está prestando servicios actualmente o ha prestado servicios alguna vez en una rama de las Fuerzas Armadas de EE.UU.?  Sí  No  
(Por favor, responda por motivos de financiación.)

#### INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el participante:

# de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ # de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ # de teléfono celular: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL TUTOR

¿El participante es su propio tutor?:  Sí  No (Si la respuesta es sí, continúe más abajo.)

Nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

# de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ # de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ # de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Tipo de tutela: \_\_\_\_\_

Yo, el/la participante, \_\_\_\_\_ doy permiso a The Arc of San Antonio para que se ponga en contacto con \_\_\_\_\_ (nombre de la persona) sobre cuestiones programáticas mientras asisto al Programa de Enriquecimiento para la Vida Adulta en The Arc of San Antonio.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS

**Nombre del proveedor de servicios (agencia/empresa):**

\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**# de teléfono de la empresa:** \_\_\_\_\_ **Persona de contacto:** \_\_\_\_\_

**Administrador de casos / Coordinador de servicios / QMRP (Profesional experto en materia de retraso mental):** \_\_\_\_\_

**# de teléfono de la oficina:** \_\_\_\_\_ **# de teléfono celular:** \_\_\_\_\_

**Nombre del hogar comunitario / Centro:**

\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Director de la residencia:** \_\_\_\_\_ **# de teléfono:** \_\_\_\_\_

**RN (Enfermera titulada) / LVN (Auxiliar de enfermería):** \_\_\_\_\_

**# de teléfono de la oficina:** \_\_\_\_\_ **# de teléfono celular:** \_\_\_\_\_

**Psicólogo:** \_\_\_\_\_

**# de teléfono de la oficina:** \_\_\_\_\_ **# de teléfono celular:** \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN DEL CLIENTE

¿El cliente tiene alguna documentación que deba ser completada por el personal de The Arc?

Notas del servicio diario: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Hoja informativa del comportamiento: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Meta/Objetivo: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

(Si la respuesta es sí, se debe proporcionar la documentación antes de que el cliente empiece a asistir a The Arc).

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL MÉDICO

**Nombre del médico:** \_\_\_\_\_

**Dirección del consultorio médico:** \_\_\_\_\_

**# de teléfono del consultorio médico:** \_\_\_\_\_ **Persona de contacto:** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA / FÍSICA

**Diagnóstico principal:** \_\_\_\_\_

**Otro diagnóstico médico:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**¿El solicitante sufre ataques epilépticos? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la frecuencia y la duración de los ataques?** \_\_\_\_\_

**¿Tiene un dispositivo de estimulación del nervio vago? \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Dónde?** \_\_\_\_\_

**¿El solicitante tiene alguna medicación especial o necesidades de atención sanitaria (por ejemplo, sonda de gastrostomía, derivación ventriculoperitoneal, alguna otra)? \_\_\_ Sí \_\_\_ No**

**Si la respuesta es sí, indique cuáles son:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Régimen de medicación actual**

**(Indique todos los medicamentos que toma de forma rutinaria: de venta con receta y de venta libre)**

**Medicamento:** \_\_\_\_\_ **Dosis/Horario:** \_\_\_\_\_

**Motivo por el que se toma:** \_\_\_\_\_

**Medicamento:** \_\_\_\_\_ **Dosis/Horario:** \_\_\_\_\_

**Motivo por el que se toma:** \_\_\_\_\_

**Medicamento:** \_\_\_\_\_ **Dosis/Horario:** \_\_\_\_\_

**Motivo por el que se toma:** \_\_\_\_\_

**Medicamento:** \_\_\_\_\_ **Dosis/Horario:** \_\_\_\_\_

**Motivo por el que se toma:** \_\_\_\_\_

**Medicamento:** \_\_\_\_\_ **Dosis/Horario:** \_\_\_\_\_

**Motivo por el que se toma:** \_\_\_\_\_

**Medicamento:** \_\_\_\_\_ **Dosis/Horario:** \_\_\_\_\_

**Motivo por el que se toma:** \_\_\_\_\_

### DISPOSITIVOS DE ADAPTACIÓN / DE AYUDA

¿El solicitante necesita usar algún dispositivo de adaptación o ayuda? Si es así, marque todo lo que corresponda y facilite las instrucciones específicas de uso si fuese necesario.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gafas                                   | <input type="checkbox"/> Lentes de contacto               | <input type="checkbox"/> Audífonos                            |
| <input type="checkbox"/> Casco suave                             | <input type="checkbox"/> Casco duro                       | <input type="checkbox"/> Protección facial                    |
| <input type="checkbox"/> Bastón                                  | <input type="checkbox"/> Muletas                          | <input type="checkbox"/> Andador                              |
| <input type="checkbox"/> Tablillas para mano/muñeca/brazo        | <input type="checkbox"/> Tablillas para pierna            | <input type="checkbox"/> Coderas/Rodilleras                   |
| <input type="checkbox"/> Calzado ortopédico                      | <input type="checkbox"/> Plantillas ortopédicas           | <input type="checkbox"/> Aparato de ortodoncia                |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual                  | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica        | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas especial incorporada |
| <input type="checkbox"/> Medias elásticas con soporte la espalda | <input type="checkbox"/> Cinturón de traslado             | <input type="checkbox"/> Corsé ortopédico para la espalda     |
| <input type="checkbox"/> Apuntador de cabeza para comer          | <input type="checkbox"/> Pañales/protectores para adultos | <input type="checkbox"/> Utensilios especiales para comer     |
| <input type="checkbox"/> Aparatos especiales para beber          |   |   |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____              |   |   |

**Instrucciones de uso:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ir al baño**



¿El solicitante tiene necesidades especiales para ir al baño?  Sí  No

¿El solicitante tiene un horario para ir al baño?  Sí  No

Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas es sí, facilite información específica sobre las necesidades del solicitante para ir al baño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Problemas alimentarios / durante las comidas

¿El solicitante tiene problemas o necesidades especiales al comer?  Sí  No

¿El solicitante se atraganta fácilmente?  Sí  No

¿El solicitante tiene alguna alergia alimentaria?  Sí  No

¿El solicitante necesita ayuda durante las comidas?  Sí  No

¿El solicitante roba o acapara alimentos?  Sí  No

¿El solicitante necesita suplementos?  Sí  No

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es sí, facilite información específica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información sobre el comportamiento**

¿El solicitante tiene un plan formal para el manejo del comportamiento? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si la respuesta es sí, mencione los comportamientos específicos que aborda el plan. Si necesita más espacio, continúe en la parte de atrás de esta página.

**Comportamiento:** \_\_\_\_\_

**Desencadenantes:** \_\_\_\_\_

**Señales de alerta avanzadas:** \_\_\_\_\_

¿Qué medidas puede tomar el personal para manejar mejor el comportamiento?: \_\_\_\_\_

**Comportamiento:** \_\_\_\_\_

**Desencadenantes:** \_\_\_\_\_

**Señales de alerta avanzadas:** \_\_\_\_\_

¿Qué medidas puede tomar el personal para manejar mejor el comportamiento?: \_\_\_\_\_

**Comportamiento:** \_\_\_\_\_

**Desencadenantes:** \_\_\_\_\_

**Señales de alerta avanzadas:** \_\_\_\_\_

¿Qué medidas puede tomar el personal para manejar mejor el comportamiento?: \_\_\_\_\_



A los padres y proveedores:

Les adjuntamos la Orden de Medicación Médica que se utiliza en The Arc para las personas que necesitan medicamentos mientras están bajo nuestro cuidado. *El médico debe rellenar completamente* este formulario, no el padre o el proveedor. Es necesario que dispongamos de esta orden antes de ayudar a administrarle el medicamento a la persona a la que se le ha recetado; *NO HABRÁ EXCEPCIONES.*

La Orden de Medicación Médica de The Arc será válida por un año a partir de la fecha en que la firma el médico. Si hay algún *cambio en la medicación o en la dosis* durante ese tiempo, se deberá obtener una nueva orden antes de que podamos ayudar a administrar los medicamentos.

The Arc no puede ayudar a administrar la primera dosis de un nuevo medicamento. Esto se hace para garantizar la seguridad de la persona en caso de que se produzcan efectos secundarios o reacciones. Hable por adelantado con la enfermera de The Arc de cualquier medicamento nuevo o dosis que se inicie en casa. Según el tipo de medicamento, puede que la persona tenga que permanecer en casa durante las primeras 24 horas después de empezar a tomar el nuevo medicamento o dosis para controlar los efectos secundarios.

Todos los medicamentos deben estar en su envase/blíster original y deben coincidir con la orden escrita del médico. A fin de evitar el traslado diario de los medicamentos de un lado a otro, se puede pedir en la farmacia un frasco/blíster de «dosis escolar». Para obtener este frasco/blíster de «dosis escolar», pídale al médico que lo indique expresamente en la receta que va a presentar en la farmacia.

Cuando se trate de medicamentos que no se toman por vía oral (como la sonda de gastrostomía) o medicamentos especiales (por ejemplo, un Diastat), póngase en contacto con la enfermera llamando al 210.490.4300 extensión 138 para que le entregue el formulario médico correspondiente.

The Arc dedica sus esfuerzos a garantizar el crecimiento personal y el enriquecimiento de la vida de las personas con discapacidades del desarrollo. Le agradecemos que nos ayude a alcanzar ese objetivo asegurándose de que The Arc distribuya los medicamentos necesarios de manera segura y adecuada.

Si no puede ponerse en contacto con la enfermera, llame al director del Programa de Enriquecimiento para la Vida Adulta al 210-490-4300 extensión 119.



**Orden de Medicación Médica**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** \_\_\_\_\_

Por favor, ayude a \_\_\_\_\_ a tomar lo siguiente:

Medicamento(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Padecimiento por el que se usa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dosis e instrucciones especiales para la medicación (incluya cualquier preocupación u observación especial):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hora del día en que se debe tomar: \_\_\_\_\_ Días en que se debe tomar: \_\_\_\_\_

Fecha de prescripción: \_\_\_\_\_ Continúe este medicamento hasta: \_\_\_\_\_

Médico prescriptor (Nombre y número): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del médico**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Esta orden expirará un año después de la fecha en que se firmó, a menos que el médico recomiende otra cosa. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, no dude en ponerse en contacto con nuestra enfermera llamando al 210.490.4300 extensión 138 o con el director del programa ALE al 210.490.4300 extensión 119.**

**Los medicamentos deben estar en su envase original y actual (puede utilizar un frasco de dosis escolar suministrado por la farmacia) y tener el nombre de la persona claramente impreso así como las instrucciones de la dosis actual.**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

### **Lista de medicamentos PRN aprobados**

En The Arc of San Antonio se ofrecerán los siguientes medicamentos «PRN» (a tomar cuando sea necesario). Hable con su médico para saber cuáles, si no todos, son los más adecuados. Si desaprueba alguno de estos medicamentos, entonces táchelo y anote la fecha y sus iniciales. Firme al pie de la página para confirmar esta lista y asegúrese de que el médico también la firme. En caso de que necesite otros medicamentos PRN o una dosis diferente a la especificada, debe traer una orden del médico (vea a la enfermera para que le dé un formulario en blanco) y el medicamento que se receta en su envase original o blíster.

<b>Medicamento</b>	<b>Se utiliza para....</b>	<b>Dosis</b>	<b>Llamadas a la casa/enfermera</b>
Acetaminofeno 500 mg	Fiebre/dolor	1-2 comprimidos cada 6 horas	Llamar a la casa para asegurarse de que no se lo haya tomado recientemente. Llamar a la enfermera si tiene fiebre.
Acetaminofeno 325 mg	Fiebre/dolor	1-2 comprimidos cada 4-6 horas	Llamar a la casa para asegurarse de que no se lo haya tomado recientemente. Llamar a la enfermera si tiene fiebre.
Acetaminofeno líquido o masticable 160 mg	Fiebre/dolor	1 comprimido cada 4 horas	Llamar a la casa para asegurarse de que no se lo haya tomado recientemente. Llamar a la enfermera si tiene fiebre.
Ibuprofeno 200 mg	Fiebre/dolor	1-2 comprimidos cada 6 horas	Llamar a la casa para asegurarse de que no se lo haya tomado recientemente. Llamar a la enfermera si tiene fiebre.
Aspirina de 325 mg	Fiebre/dolor	1-2 comprimidos cada 4-6 horas	Llamar a la casa para asegurarse de que no se lo haya tomado recientemente. Llamar a la enfermera si tiene fiebre.

Difenhidramina 25 mg	Reacciones alérgicas agudas a los alimentos/ al contacto/ a las picaduras	1-2 comprimidos por vía oral	Para clientes sin autoinyector de epinefrina en el centro o con alergias no diagnosticadas. Llamar a la casa/enfermera para notificarlo.
Claritin (genérica) 10 mg	Estornudos, ojos llorosos y con picazón, secreción nasal	1 comprimido por vía oral (no más de uno en 24 horas)	Llamar primero a la casa. Es posible que se lo haya tomado en casa.
Zyrtec (genérica) 10 mg	Estornudos, ojos llorosos y con picazón, secreción nasal	1 cada 24 horas a partir de los 6 años	Llamar primero a la casa. Es posible que se lo haya tomado en casa.
Zyrtec líquido 1 mg/ml	Igual que el anterior, pero para quienes necesitan la forma líquida.	5 ml o 10 ml por vía oral una vez cada 24 horas.	Llamar primero a la casa. Es posible que se lo haya tomado en casa.
Tums (genérico)	Malestar estomacal leve/ardor de estómago	1-2 comprimidos masticables	Primeros auxilios básicos

**Sigue en la página siguiente**

## **Lista de medicamentos PRN aprobados (continuación)**

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

### **ALERGIAS:**

<b>Medicamento</b>	<b>Se utiliza para.....</b>	<b>Dosis</b>	<b>Llamadas a la casa/enfermera</b>
Chloraseptic o pastillas para chupar Halls	Dolor de garganta/Tos	Disolver 1 pastilla lentamente en la boca cada 2 horas.	Llamar si no es eficaz
Lágrimas artificiales genéricas	Ojos secos o irritados	1 gota en cada ojo según se necesite	Primeros auxilios básicos
Comprimidos de loperamida 2 mg	Diarrea	Mayores de 12 años; 1 comprimido oblongo después de evacuar heces blandas	Llamar antes de ayudar con la dosis. La persona debe irse a casa si la diarrea continúa después de recibir dos dosis.
Pomada antibiótica triple	Cortaduras, rasguños	Aplicar una pequeña cantidad en la piel	Primeros auxilios básicos
Limpiador de heridas DynaWound (cloruro de bencetonio 0.13 %) en espray	Limpiador de heridas	Rociar lo suficiente para limpiar la superficie afectada y secar con palmaditas	Primeros auxilios básicos
Lavado de heridas con solución salina	Limpiador de heridas	Rociar lo suficiente para limpiar la superficie afectada y secar con palmaditas	Primeros auxilios básicos
Protectores de la piel DynaShield o A&D Ointment	Erupción cutánea	Aplicar una capa fina sobre la erupción cutánea	Primeros auxilios básicos
Toallitas BZK 0.5 % (Cloruro de benzalconio)	Toallitas antisépticas para la piel	Pasar con cuidado por la superficie afectada.	Primeros auxilios básicos
Loción de protección solar de 30+	Protección solar al aire libre	Tiene un mínimo de FPS de 30+	No hace falta llamar antes de usarla.
Pomada de hidrocortisona 1 %	Reacción alérgica/picazón	Aplicar una capa fina sobre la piel de la superficie afectada	Llamar primero a la casa.
Loción transparente de calamina	Picazón en la piel	Aplicar una capa fina sobre la piel que pica	Llamar si no es eficaz.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del médico en letras de imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Firma del médico**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Tengo conocimiento de que los medicamentos PRN mencionados se ofrecen en The Arc of San Antonio. Entiendo que hay que seguir las directrices anteriores mientras esté en The Arc. En caso de que necesite otros tratamientos o medicamentos, debo entregarle a The Arc una orden de mi médico, así como el medicamento recetado en su envase original.



Firma del participante (si es mayor de 18 años & es su propio tutor) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián (si procede) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**THE ARC OF SAN ANTONIO  
PROGRAMA DE ENRIQUECIMIENTO PARA LA VIDA ADULTA  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIÓN**

**REVISE EL SIGUIENTE FORMULARIO TENIENDO EN CUENTA QUE EL PARTICIPANTE PUEDE ESTAR INVOLUCRADO EN UNA O MÁS DE LAS ACTIVIDADES QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN. LE PEDIMOS QUE USTED, COMO PARTICIPANTE, TUTOR LEGAL O PADRE DE UNA PERSONA, TOMÉ UNA DETERMINACIÓN CON RESPECTO A CADA UNA DE ESTAS CUESTIONES E INDIQUE SU RESPUESTA ADECUADAMENTE. ESTE FORMULARIO SE DEBE RELLENAR EN EL MOMENTO DE LA ADMISIÓN Y AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.**

Yo, \_\_\_\_\_ doy o no mi consentimiento/permiso para  
(Tutor legal/padre de la persona)

\_\_\_\_\_ en cada una de las siguientes cuestiones.  
(Nombre de la persona)

**AYUDA CON LA MEDICACIÓN**

	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
<i>1) Consentimiento/permiso para ayudar al participante con cualquier medicamento de venta con receta o de venta libre que su médico haya aprobado o prescrito.</i>		

**FOTOGRAFÍAS / VIDEOS**

	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
<i>1) Consentimiento/permiso para que se usen las fotografías de la persona con el fin de reconocerla en todas las instalaciones de The Arc, en el aula, en carteles o en los libros de comunicación.</i>		
<i>2) Consentimiento/permiso para que The Arc use las fotografías o videos para representar o promover las actividades de The Arc en publicaciones, folletos, sitios web y Facebook.</i>		
<i>3) Si doy mi consentimiento/permiso para que se hagan fotografías o videos, también doy mi consentimiento/permiso para que solamente se incluya el nombre de la persona en las fotografías o videos.</i>		

**PARTICIPACIÓN EN PASEOS / EXCURSIONES TEMÁTICAS y TRANSPORTE DE EMERGENCIA**

	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
<i>1) Consentimiento/permiso para participar en paseos y excursiones temáticas en la comunidad (por ejemplo, ir de compras, ir al cine, a los parques, a la bolera, etc.)</i>		
<i>2) Si doy mi consentimiento/permiso para que participe en paseos y excursiones temáticas en la comunidad, también doy mi consentimiento/permiso para que el personal de The Arc transporte a la persona.</i>		
<i>3) En caso de que se produzca una emergencia médica, una emergencia en el centro o un desastre ambiental o natural, también doy mi consentimiento/permiso para que el personal de The Arc transporte a la persona.</i>		

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
<i>1) Consentimiento/permiso para que la información confidencial de la persona solo se comparta con el personal de The Arc para fines de programación.</i>		

2) Consentimiento/permiso para que la información confidencial del participante se comparta con el coordinador de servicios, el administrador de casos, el QMRP o el proveedor de la persona.		
3) Consentimiento/permiso para que la información confidencial de la persona se comparta con (Indique quién):		

\_\_\_\_\_  
(Firma del tutor legal / padre / proveedor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma de la persona)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

## The Arc of San Antonio

### Programa de Enriquecimiento para la Vida Adulta - Preguntas frecuentes

- **¿Cuál es el intervalo de edad de las personas que pueden participar en el programa?** El programa ofrece servicios de enriquecimiento para la vida a personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que tienen 18 años o más.
- **¿Cuál es el horario del programa?** El programa funciona de lunes a viernes de 7 a. m. a 4:30 p. m.
- **¿Hay que pagar una cuota por recoger tarde a la persona?** Sí, el Programa de Enriquecimiento para la Vida Adulta de The Arc of San Antonio cierra a las 4:30 p. m. Se cobrará un cargo por retraso si se recoge a un participante después de las 4:30 p. m. **Se cobran 5 dólares por los primeros 15 minutos y 1 dólar por cada minuto que pase después de ese momento.** Se harán excepciones de modo individual. Por ejemplo, si el participante es transportado por VIA y se retrasa por circunstancias ajenas a su voluntad, a usted no se le cobrará.
- **¿Se ofrece almuerzo?** No, no ofrecemos almuerzo, pero ayudaremos a las personas que tengan problemas alimentarios especiales o que necesiten ayuda para comer. Pedimos que las personas traigan un almuerzo frío que no necesite ninguna preparación especial. Hay ocasiones en las que sí ofrecemos almuerzo, como una comida al aire libre o una merienda especial, y se le notificará por adelantado.
- **¿Se ofrece transporte?** No, no ofrecemos transporte para ir o volver del programa. La familia o el proveedor son quienes se encargan de organizar el transporte. Si se planifican paseos en la comunidad, viajaremos en los vehículos de The Arc que los conduce el personal de The Arc para ir y volver de los paseos.
- **¿Dónde debo dejar o recoger a una persona?** Pedimos que dejen o recojan a todas las personas en la entrada trasera (West Ave.) o en la entrada lateral (Pam Stephens Center) del edificio. Pedimos esto por cuestiones de seguridad y porque los miembros del personal del programa siempre están en esta entrada para ayudar y supervisar la llegada o salida de las personas durante los intercambios con los padres, cuidadores o el personal de VIA.
- **¿Tienen una enfermera en plantilla?** Sí, tenemos una enfermera titulada entre el personal, pero cubre dos locales y no siempre está en el edificio.

- **¿Se pueden tomar los medicamentos durante el día si es necesario?** Sí, los miembros del personal del programa ayudarán a las personas que necesiten tomar sus medicamentos durante el día. Exigimos una orden escrita del médico de todos los medicamentos que se vayan a tomar mientras se asiste al programa. Cuando a los medicamentos solo les quedan 5 días de suministro, se le avisará a la familia o al proveedor de la persona para que reponga la medicación.
- **¿En qué tipo de actividades participan las personas?** Las personas participan en varias actividades que mejoran las habilidades que ya tienen o les enseñan otras nuevas que les permiten aumentar al máximo su independencia. Entre las áreas de habilidades se cuentan el desarrollo de las habilidades personales, las habilidades motoras, las habilidades para el hogar, las habilidades de integración en la comunidad, las habilidades académicas funcionales, las habilidades de ocio, las habilidades artísticas y las habilidades preprofesionales.
- **¿Qué tipo de actividades de integración comunitaria ofrece el programa?** Nos esforzamos por ofrecer una variedad de paseos y excursiones temáticas que se centran tanto en el aprendizaje como en las experiencias recreativas. Algunos ejemplos pueden ser ir a una estación de bomberos, a un museo o a la bolera.
- **¿Los paseos comunitarios conllevan gastos adicionales?** Dependiendo del tipo de paseo comunitario que hayamos programado, podemos pedirles a los padres o proveedores que envíen dinero adicional para costear los gastos de entrada o de comida y bebida, además de una pequeña cantidad para el transporte.
- **¿Cuántas personas hay en un aula o grupo?** Hay grupos de diferente tamaño y se basan en el nivel de funcionamiento individual, las personalidades, las limitaciones de espacio y el tipo de actividad. Por lo general, un grupo se compone de 10 a 20 personas.
- **¿Cuántos miembros del personal trabajan con cada grupo?** La proporción de miembros del personal por persona suele ser de 1:5 a 1:7.
- **¿Puedo visitar el programa durante el día cuando la persona esté allí?** Sí, los familiares y proveedores siempre pueden visitar a la persona que está en el programa. Celebramos jornadas de puertas abiertas cada tres meses durante las horas de programación y almuerzos mensuales para que pueda ver lo que está ocurriendo.
- **¿Un familiar o representante del proveedor puede asistir a las actividades especiales que se realizan en The Arc?** Sí, muchas veces tenemos actividades o eventos especiales de temporada y hacemos pública la invitación para que otros puedan asistir. Esta es una buena oportunidad para pasar más tiempo con su familiar o participante.
- **¿Un familiar o un representante del proveedor puede ofrecerse como voluntario en actividades especiales o en paseos en la comunidad?** Sí. No obstante, dado que estará en contacto directo y prolongado con otros participantes del programa, tendrá que someterse a una verificación de antecedentes penales antes de participar como voluntario.
- **¿A quién debo dirigirme si tengo dudas o instrucciones especiales, o si simplemente tengo una pregunta?** Le pedimos que se ponga en contacto con la oficina de Enriquecimiento para la Vida Adulta a través de cualquiera de las siguientes extensiones: 210-490-4300 extensión 119 o extensión 126. Aquí encontrará personas que podrán ayudarle y responder a sus preguntas. También puede dejar un mensaje de voz si quiere que le devuelvan la llamada.
- **¿Pueden asistir al programa personas con problemas importantes de comportamiento, médicos, para ir al baño o de otro tipo?** Sí. No obstante, consideramos a los nuevos solicitantes de forma individual y

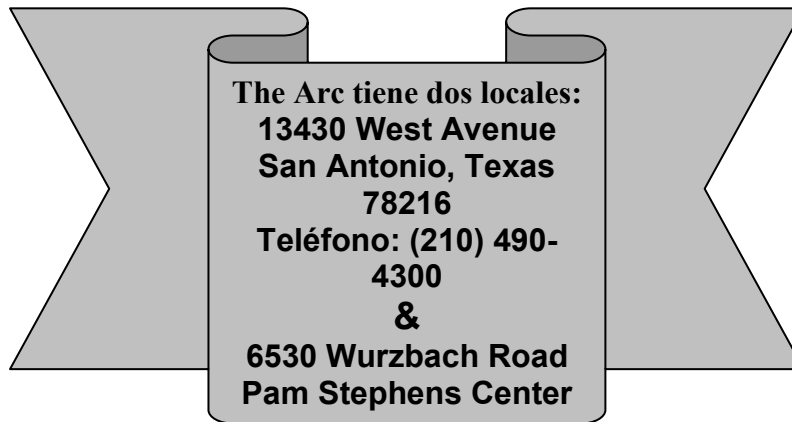
evaluamos nuestra capacidad para atenderlos no solo teniendo en cuenta su historial, sino también sus posibilidades actuales de tener éxito en nuestro programa. A la hora de tomar la decisión de atender a una persona, tenemos presente los problemas y las necesidades más importantes.

- **¿Cómo se manejan las emergencias?** Siempre pedimos los números de contacto de emergencia de todas las personas que asisten al programa para poder contactar con alguien en caso de que se produzca una emergencia. Ante una urgencia médica grave o que implique heridas, nos pondremos en contacto con el 911 antes de comunicarnos con la familia o el proveedor.
- **¿Cómo sabré cuándo el programa estará cerrado por días feriados u otros motivos?** En el mes de enero de cada año, todos los participantes, las familias y los proveedores recibirán un calendario en el que se indican los días en los que el programa estará cerrado. También enviamos una notificación con varios días por adelantado para recordar cuándo estaremos cerrados. En caso de que haya mal tiempo, se les notificará el cierre a los participantes y los cuidadores mediante la aplicación Remind y un correo electrónico.
- **¿Cuánto cuesta asistir al programa?** Las cuotas del programa de pago privado se basan en el nivel de necesidad de cada persona. Las cuotas se facturan con una tarifa mensual fija para la inscripción a tiempo completo o a tiempo parcial, independientemente de que se asista o no. Según el plan que se elija, las cuotas completas pueden oscilar entre 240 dólares y 1200 dólares al mes. Puede solicitar un precio reducido conforme al ingreso económico familiar. La elegibilidad se basa tanto en los ingresos como en el tamaño de la familia.
- **¿Y si tengo preguntas sobre mi factura?** Si tiene alguna pregunta específica sobre su factura, puede ponerse en contacto con nuestra oficina de facturación llamando al 210-490-4300 extensión 117.
- **¿Se han establecido protocolos especiales para mitigar la propagación de la COVID?** Sí, seguimos las recomendaciones actuales de los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) y de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Cumplimos con el distanciamiento social, las rutinas de higiene y saneamiento adecuadas, y fomentamos el uso de mascarillas. A medida que la pandemia evoluciona, estos protocolos pueden cambiar.
- **¿Cuántos casos de COVID ha tenido The Arc?** Desde que apareció la variante ómicron de la COVID, The Arc ha tenido un mínimo de casos positivos en nuestro centro. Ha habido más casos de miembros del hogar de los participantes que han dado positivo.
- **¿Qué pasa cuando alguien da positivo?** Si algún miembro de la familia da positivo, pedimos que se le notifique a The Arc. Pedimos que el participante esté en cuarentena durante 5 días desde su última exposición. Si no presenta ningún síntoma durante el período de 5 días, el participante puede volver al centro al terminar la cuarentena. Asimismo, la persona debe mostrar una mejoría de los síntomas y no tener fiebre sin tomar medicamentos durante 24 horas. Si presenta síntomas, pedimos que el participante se haga la prueba. Si el resultado es positivo, deberá aislarse durante 5 días y volver a hacerse la prueba antes de regresar. El día que dé positivo será el primer día de aislamiento (no el primer día de exposición).

**SI TIENE OTRAS PREGUNTAS, PÓNGASE EN CONTACTO CON LA OFICINA DE ENRIQUECIMIENTO PARA LA VIDA ADULTA LLAMANDO AL 210-490-4300 EXTENSIÓN 119 O 126.**

## Guía telefónica del personal y contactos importantes

<b>Directora ejecutiva interina</b>	Dona Kotzur	(210) 490-4300 extensión127 <a href="mailto:dkotzur@arc-sa.org">dkotzur@arc-sa.org</a>
<b>Vicepresidenta/CFO (directora financiera)</b>	Susan McGonagle	(210) 490-4300 extensión 118 <a href="mailto:smcgonagle@arc-sa.org">smcgonagle@arc-sa.org</a>
<b>Directora del Programa ALE</b>	Elisa Williams	(210) 490-4300 extensión 119 <a href="mailto:ewilliams@arc-sa.org">ewilliams@arc-sa.org</a>
<b>Enfermera titulada</b>	Mary Young	(210)490-4300 extensión 138 <a href="mailto:myoung@arc-sa.org">myoung@arc-sa.org</a>
<b>Directora de los Servicios de Apoyo Familiar (FSS)</b> (Administración integral de casos para todas las edades)	Jennifer Tarr	(210)490-4300 extensión 113 <a href="mailto:jtarr@arc-sa.org">jtarr@arc-sa.org</a>
<b>Directora de C.L.A.S.S.</b> (Programa de exención de Medicaid para Servicios de apoyo y asistencia para vivir en la comunidad)	Yolanda Fuentes	(210)490-4300 extensión 112 <a href="mailto:yfuentes@arc-sa.org">yfuentes@arc-sa.org</a>
<b>Directora de C.S.C.M.</b> (Administración de casos de servicios comunitarios: niños de 3 a 21 años con necesidades especiales de atención sanitaria)	Lauren Schuler	(210) 490-4300 extensión 122 <a href="mailto:lschuler@arc-sa.org">lschuler@arc-sa.org</a>
<b>Oficina de Finanzas</b>	Mary Longoria	(210)490-4300 extensión 111 <a href="mailto:mlongoria@arc-sa.org">mlongoria@arc-sa.org</a>
<b>Coordinador de facturación</b> 117	Nur Kent	(210)490-4300 extensión  <a href="mailto:nkent@arc-sa.org">nkent@arc-sa.org</a>



**THE ARC OF SAN ANTONIO  
SOLICITUD DE ADMISIÓN AL PROGRAMA  
DE ENRIQUECIMIENTO PARA LA VIDA ADULTA**

**GLOSARIO DE ACRÓNIMOS**

**IPC – Plan de Atención Individual.** Un plan escrito y actualizado anualmente que describe los servicios y ayudas que recibirá una persona durante un año del plan.

**IEP – Plan de Educación Individual.** Un plan escrito que se actualiza anualmente, creado por los profesores y los padres y en el que se establecen las metas y los objetivos que se van a trabajar en la escuela.

**ARD – Admisión, Repaso y Retiro.** Reuniones anuales con el personal del distrito escolar y los padres para revisar las metas y los objetivos, y hablar del progreso del niño, los horarios de las clases, las adaptaciones/modificaciones, las actividades vinculadas a la transición y cualquier otra cuestión que tenga un impacto en las oportunidades educativas del niño.

**PDP – Plan Dirigido por la Persona.** Un plan que describe los apoyos y servicios que se necesitan para lograr los resultados deseados identificados por la persona y el representante legalmente autorizado (LAR, por sus siglas en inglés), y para garantizar la salud y la seguridad de la persona.

**ICAP – Inventario para la Planificación de Clientes y Agencias.** Un instrumento de evaluación integral.