



FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE O GUARDIAN \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO MEDICO \_\_\_\_\_

PORFAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. EL PARTICIPANTE LE TIENE MIEDO A LOS ANIMALES GRANDES

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

2. LE TIENE MIEDO A LAS AGUAS PROFUNDAS DONDE NO PUEDA VER EL FONDO

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_


3. EL PARTICIPANTE PUEDE COMUNICARSE?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_


4. IDIOMA PRINCIPAL QUE HABLA O ENTIENDE:

\_\_\_\_\_

 8250 NW 112 CT DORAL, FL 33178

 786-393-0373 / 786-529-1589


 rayitodeluzfundacion@gmail.com


 Rayito\_de\_luz\_fundacion\_

 Fundacion Rayito de Luz




5. EL PARTICIPANTE LE TIENE MIEDO A LOS EXTRAÑOS?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
6. PUEDE EL PARTICIPANTE SEGUIR INSTRUCCIONES INDEPENDIENTEMENTE?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
7. EL PARTICIPANTE MUESTRA TENDENCIAS AGRESIVAS?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
8. EL PARTICIPANTE ES CAPAZ DE ADAPTARSE A LOS CAMBIOS EN SU ENTORNO O RUTINA?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
9. EL PARTICIPANTE PUEDE TRAGAR POR SI SOLO?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
10. EL PARTICIPANTE TIENE CONTROL SOBRE SU CABEZA?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
11. EL PARTICIPANTE ES CAPAZ DE COMPRENDER CUALQUIER INFORMACION DIRIGIDA A PARTICIPANTES DE 7 AÑOS O MAS?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
12. EL PARTICIPANTE PUEDE MANTENER SUS PIERNAS EN FORMA RIGIDA?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
13. EL PARTICIPANTE HACE USO COMPLETO DE SUS BRAZOS Y MANOS?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

 8250 NW 112 CT DORAL, FL 33178

 786-393-0373 / 786-529-1589

 rayitodeluzfundacion@gmail.com

 Rayito\_de\_luz\_fundation\_

 Fundacion Rayito de Luz



14. EL PARTICIPANTE PADECE O HA PADECIDO DE CONVULSIONES?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ FRECUENCIA \_\_\_\_\_

15. EL PARTICIPANTE SUFRE DE TENDENCIAS ESPATICAS?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ FRECUENCIA \_\_\_\_\_

16. EL PARTICIPANTE ESTA BAJO CONTROL MEDICO?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

17. EL PARTICIPANTE PADECE DE ALGUN TIPO DE ALERGIA?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

18. EL PARTICIPANTE REQUIERE DE ALGUN EQUIPO ESPECIAL (SILLA DE RUEDAS, MULETAS, APARATOS DE AYUDA RESPIRATORIA U OTRO)?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ CUAL \_\_\_\_\_

19. EL PARTICIPANTE PUEDE SUBIR ESCALERAS INDEPENDIENTEMENTE?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_


20. EL PARTICIPANTE ES AUTOSUFICIENTE?


SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_


\_\_\_\_\_  
Firma Del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

 8250 NW 112 CT DORAL, FL 33178

 786-393-0373 / 786-529-1589

 rayitodeluzfundacion@gmail.com

 Rayito\_de\_luz\_fundation\_

 Fundacion Rayito de Luz