



Friendships and Dating Program

Aplicación de Participante

Información del participante

Nombre: Sexo: Hombre

Apellido: (Circulé uno) Mujer

Fecha de Nacimiento: Otro

Celular: Otro:

Email:

Dirección Postal (Donde podemos enviarle correspondencia)

Calle:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Dirección Física (Lugar de domicilio, si es diferente a la dirección postal)

Calle:

Ciudad: Estado: Código Postal:

¿Tiene usted un guardián? (Circulé sí o no): Sí No

En caso que sí, proporcione la información de su guardián en el espacio siguiente

Nombre y apellido:

Dirección postal de su guardián

Calle:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Celular: Otro:

Email:

Contacto de emergencia (Quien deberíamos contactar en caso de emergencia)

Nombre y apellido:

Celular: Otro:

Email:



Friendships and Dating Program Aplicación de Participante

Información adicional sobre el participante

¿Puede leer, comprender y seguir información escrita sin ayuda?

(Circulé Sí o No)

Sí

No

Si no, ¿qué tipo de acomodación necesita para participar?

¿Necesitará un intérprete? (Circulé Sí o No)

Sí

No

¿Tiene estimulantes sensoriales u otros como luces brillantes,
ruidos fuertes o táctiles, etc.?

(Circulé Sí o No)

Sí

No

En caso que sí, proporcione una breve explicación para nosotros.

¿Que forma de apoyo es útil en esos momentos?

¿Ha pasado por algún trauma? (Circulé Sí o No)

Sí

No

En caso que sí, proporcione una breve explicación para nosotros.



Friendships and Dating Program Aplicación de Participante

¿Tiene alguna alergia a los alimentos? (Circulé Sí o No) Sí No

En caso que sí, proporcione una lista para nosotros .

¿Trabaja o asiste a la escuela? (Circulé Sí o No) Sí No

En caso que sí, proporcione su horario.

¿Ha tenido interacciones sociales positivas con amigos y/o citas? (Circulé Sí o No) Sí No

En caso que sí, proporcione una breve explicación.

¿Hay actividades que le gusta mucho hacer? (Circulé Sí o No) Sí No

En caso que si, proporcione una breve explicacion

¿Por qué le gustaría participar en la clase?



Friendships and Dating Program Aplicación de Participante

¿Hay alguna otra información que deberíamos o necesitemos saber?

¿Le ayudó una persona de apoyo a completar esta aplicación? (Circulé Sí o No)

Sí No

En caso que sí, proporcione la información de su personal de apoyo en el siguiente espacio.

Información de personal de apoyo (La persona que le ayudó a completar esta aplicación)

Nombre y apellido:

Celular:

Otro:

Email:

Si usted es una persona de apoyo y está completando esta aplicación, ¿por que cree que el/la participante beneficiaría de esta clase?

Si usted es una persona de apoyo y está completando esta aplicación, ¿que necesita para guiarse a través de este programa?



SEXUAL & REPRODUCTIVE
HEALTH

Friendships and Dating Program Aplicación de Participante

Firma del Participante

Firma del Participante: _____

Nombre del Participante: _____

Fecha: _____

Por favor envíe esta aplicación a:

Tara Misra
tmisra@uwyo.edu
Wyoming Institute for Disabilities
Dept. 4298, 1000 E. University Ave.,
Laramie, WY 82071