



**FORMULARIO DE INFORMACION SOBRE EL  
TRANSTORNO POR DEFICIT DE ATENCION  
(ADD/ADHD, POR SUS SIGLAS EN INGLES)  
DEL PARTICIPANTE**



**Parks & Recreation Department**  
Adapted Programs  
620 Laguna Street  
Santa Barbara, CA 93101  
(805) 564-5421  
[www.sbparksandrecreation.com](http://www.sbparksandrecreation.com)

Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

La información de inscripción del participante aquí nombrado indica que el participante tiene ADD o ADHD. Agradeceríamos su cooperación en contestar las siguientes preguntas para mejor comprender sus necesidades. Si necesita más espacio, puede adjuntar información o entregar toda la información en una hoja separada.

**Describe los efectos que tiene el ADD o ADHD sobre el participante.**

**COMUNICACION**

Describe las habilidades de comunicación del participante El participante tiene dificultades al comunicarse? Si tiene dificultades, como reacción el participante cuando se frustra por su inhabilidad de comunicarse con un maestro, con el personal y con sus compañeros?

**COMPORTAMIENTO**

Tiene el participante algún problema de conducta del que debe estar enterado el personal el personal, tal como: no poder controlar sus impulsos, una tendencia a alejarse del grupo, no ponerle atención al peligro, agresividad? Si el participante se comporta de manera desafiante, cual es generalmente la causa y cuál es el mejor método para intervenir?

## **ASISTENCIA PERSONAL**

Necesita el participante alguna asistencia personal especial?

## **OTRA INFORMACION**

Indíquenos si hay cualquier otra información que quisiera compartir con nosotros acerca del participante puede incluir las actividades preferidas del participante y las que le gustan.

El participante:

- Necesita apoyo adicional
- No necesita apoyo adicional
- No estoy seguro si necesita apoyo adicional

**Firma del participante o, para menores de edad y adultos dependientes, la del padre custodio o tutor legal:**

Firma \_\_\_\_\_ Nombre Completo (letra de molde) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**PERSONAL ASSISTANCE**

Does the participant require any special personal assistance?

**OTHER INFORMATION**

Indicate any other information you would like to share about the participant. This may include the participant's most and least favorite activities.

The participant:

- Needs extra support
- Does not need extra support
- I am not sure if extra support is needed

**Signature of participant OR, for minors and dependent adults, the custodial parent or legal guardian:**

✓ Signature \_\_\_\_\_ Print Full Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_