



Para tener un registro real y actualizado de las personas con síndrome de Down, le solicitamos que complete el siguiente formulario con la finalidad de identificar los puntos a fortalecer en Paraíso Down

FRENTE

Datos Generales	
Nombre de la persona con síndrome de Down	
Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad	
Nombre del Padre	
Nombre de la Madre	
Dirección:	
Teléfonos:	
E-mail	
Nombre de la persona que llena el formulario	
Parentesco	

Cuidados de la Salud	
Hospital en que nació	
Se le efectuó Cariotipo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Resultado del Cariotipo : Puro <input type="checkbox"/> Mosaico <input type="checkbox"/> Translocación <input type="checkbox"/>
Medico o pediatra que lo atiende	
Neurólogo	
Cardiólogo	
Gastroenterólogo	
Otorrinolaringólogo	
Otro: _____	
Tiene problemas de Audición Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene problemas de visión Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sufre de alguna otra complicación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Explique cual: (Atresia, Cardiopatía, etc.) _____ _____ Cuando se presentó: _____
Conoce algunas guía de Salud para el cuidado de las personas con síndrome de Down Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cual: _____



Para tener un registro real y actualizado de las personas con síndrome de Down, le solicitamos que complete el siguiente formulario con la finalidad de identificar los puntos a fortalecer en Paraíso Down

¿Asiste o asistió su hijo a algún centro de estimulación temprana? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cual: _____
¿Qué otro tipo de terapia(s) ha recibido su hijo	Cual: _____ Lugar: _____
Esta su hijo en colegio o parvularia Ordinario <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Cual: _____ Lugar: _____
La parvularia la realizó en kínder Ordinario <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Cual: _____ Lugar: _____
¿Asiste a clases extra curriculares? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cual(es) _____ Lugar: _____
¿Si su hijo es adulto, ha trabajado alguna vez o esta trabajando? No trabaja <input type="checkbox"/> Ha trabajado <input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Busca empleo <input type="checkbox"/>	Lugar donde trabaja: _____ Lugares donde ha Trabajado: _____ _____
¿Conoce otras personas que tengan familiares con síndrome de Down? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre: _____ Teléfono _____
	E-mail: _____
	Nombre: _____ Teléfono _____
	E-mail: _____
	Nombre: _____ Teléfono _____
	E-mail: _____
¿Conoce o a oído hablar de alguna fundación de síndrome de Down nacional o internacional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cual: _____
	Lugar: _____
	Cual: _____
	Lugar: _____

Todos los datos proporcionados serán tratados confidencialmente y nos ayudaran a planificar las actividades y proyectos que nuestra fundación desarrollará a corto y mediano plazo. Agradecemos su colaboración.