|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulario de actividad del NIRS *-* Año fiscal 2023** | | | | | | | | |
| **\*Respuesta obligatoria** | | | | | | | | |
| **\*Tipo de programa:** UCEDD | | | | | | | | |
| **\*Año fiscal: 2023** | | | | | | | | |
| **\*Función básica: Servicios clínicos directos/servicios modelo** | | | | | | | | |
| **Relacionado con el COVID-19: 🞎** | | | | | | | | |
| **\*Título de la actividad:** | | | | | | | | |
| **Breve descripción de la actividad** *(Este campo puede utilizarse para proporcionar breves datos explicativos (hasta 50 palabras) sobre la actividad que se informa en este registro).* | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Participación del personal** | | | | | | | | |
| *(Indique el nombre y el apellido de todos los miembros del personal que participaron en la realización de esta actividad).* | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Nombre de la clínica** | | | | | | | | |
| **Número de personas no duplicadas atendidas** | | | | | | | | |
| *(En el caso de los Centros Universitarios para la Excelencia sobre las Discapacidades del Desarrollo [UCEDD, por sus siglas en inglés], esta es la medida de resultado inicial: Número de personas que reciben servicios especializados de los UCEDD para mejorar el bienestar y la situación del beneficiario).* | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| A partir de la versión FY07 del NIRS, la información sobre la raza y la etnia se recoge de forma coherente con las categorías del censo de los Estados Unidos. Proporcione información sobre la raza y la etnia. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Raza de las personas atendidas** (indique el número para todo lo que corresponda) | | | | | | | | |
| Blanco | | | | Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico (incluye a los nativos de Hawái, los guameños o los chamorros, los samoanos y otros isleños del Pacífico) | | | | |
| Negro o afroamericano | | | |
| Nativo americano o nativo de Alaska | | | |
| Tribu: | | | | El término Más de una raza incluye a las personas que se identifican con dos o más denominaciones raciales | | | | |
| Asiático (incluye a los indios asiáticos, chinos, | | | |
| filipinos, japoneses, coreanos, vietnamitas y otros asiáticos) | | | | El término No se ha registrado se utiliza para las personas que no se identifican con las categorías | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Etnia de las personas atendidas** *(indique el número para todo lo que corresponda)* | | | | | | | | |
| Hispano No Hispano No se ha registrado | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Edad de las personas atendidas** *(indique el número para todo lo que corresponda)* | | | | | | | | |
|  | |  | Mujeres embarazadas (todas las edades) | |  | | | Bebés con necesidades especiales de atención médica de menos de 1 año |
|  | |  | Bebés de menos de 1 año | |  | | | Niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica de 1 a 25 años |
|  | |  | Niños de 1 de 12 años | |  | | | Mujeres mayores de 25 años |
|  | |  | Adolescentes de 12 a 18 años | |  | | | Hombres mayores de 25 años |
|  | |  | Jóvenes adultos de 18 a 25 años | |  | | |  |
|  | |  |  | |  | | |  |
| **\*Área de énfasis** *(marque una opción)* | | | | | | | | |
| Áreas enumeradas en la Ley de Asistencia y Declaración de Derechos para Personas con Discapacidades del Desarrollo (DD, por sus siglas en inglés): | | | | | | | | |
|  | ⭘ | Actividades de garantía de calidad | | | | ⭘ | Educación e intervención temprana | |
|  | ⭘ | Actividades relacionadas con el cuidado de niños | | | | ⭘ | Actividades relacionadas con la salud | |
|  | ⭘ | Actividades relacionadas con el empleo | | | | ⭘ | Actividades relacionadas con la vivienda | |
|  | ⭘ | Actividades relacionadas con el transporte | | | | ⭘ | Actividades relacionadas con el ocio | |
|  |  |  | | | |  |  | |
| Áreas no enumeradas en la Ley DD: | | | | | | | | |
|  | ⭘ | Actividades de calidad de vida | | | | ⭘ | Otro (Tecnologías de apoyo) | |
|  | ⭘ | Otro (Diversidad cultural) | | | | ⭘ | Otro (Liderazgo) | |
|  | ⭘ | Otro (especifique): | | | |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Satisfacción del cliente** | | | | | | | | | |
| **\*¿El Centro encabezó esta actividad?** | | | | | | | | | |
|  | ⭘ | Sí *(En caso afirmativo, introduzca los resultados* de la encuesta a continuación*).* | | | | | | | |
|  | ⭘ | No | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | Número total de encuestados |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Indique el número total que respondió: | | | | | | | | | |
|  | Totalmente de acuerdo | |  |  | En desacuerdo | |  |  | |
|  | De acuerdo | |  |  | Totalmente en desacuerdo | |  |  | |
|  | | | | | | | | | |
| **\*Todas las agencias que colaboran en el trabajo de la actividad** (debe marcar todas las opciones que correspondan) | | | | | | | | | |
| *(Se puede indicar el nombre de la/s agencia/s en el espacio previsto)* | | | | | | | | | |
|  | 🞎 | No aplica/no hay agencia colaboradora | | | | | | | |
|  | 🞎 | Agencia estatal del Título V | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Otro programa financiado por la MCHB o relacionado con ella | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Departamento de Salud del Estado | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Programas clínicos/hospitales | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Salud de los adolescentes del estado | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Otro programa relacionado con la salud | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Seguro médico/organización de atención administrada | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Medicaid | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Consejo de Discapacidades del Desarrollo | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Agencia de protección y defensa (P&A) | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Otro UCEDD | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Cuidado de niños/infancia temprana/parte C de bebés y niños pequeños | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Programas Head Start/Head Start de Educación Temprana | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Educación especial estatal/local (3-21) | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Educación general estatal/local | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Educación postsecundaria (institución de educación superior/universidad) | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Empleo/rehabilitación profesional | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Agencia o proveedor estatal/local para discapacidades del desarrollo | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Servicios sociales estatales/locales | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Organización para el cuidado de los ancianos | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Agencia de salud (pública/privada) | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Agencia para la salud mental/abuso de sustancias | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Agencia/proveedor de vivienda | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Agencia de ocio | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Agencia de transporte | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Organización de proveedores | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Organización de consumidores/defensa | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Coalición estatal/local | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Organismo legislativo | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Organización judicial/legal | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Organización comunitaria o religiosa | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Asociación nacional | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Organización independiente de investigación o políticas | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Fundación | | | |  | | |  |
|  | 🞎 | Otro | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\*Afiliación al proyecto** | | | |
|  | 🞎 | No procede/ningún proyecto afiliado | |
|  |  | Proyecto afiliado principal. Indique el título: | |
|  |  | Proyecto afiliado secundario. Indique el título: | |
|  | | | |
| **\*Duración** *(Informe según la hora completa más cercana):* | | | |
|  | 🞎 | No procede | |
|  |  |  | 🞎 ¿Actividad recurrente? |
|  |  | Fecha de la actividad | *(En el caso de las actividades en curso, puede introducir simplemente la fecha de inicio de la actividad)* |
|  |  | *(mm/dd/aaaa)* |
|  | | | |