**Formulario del pasante de corto plazo del NIRS - Año fiscal 2023**

Este formulario es para los pasantes de corto plazo (menos de 40 horas en el programa) inscritos en un **programa de capacitación de la MCHB (LEND, LEAH, PPC o DBP)**.

**Programas de UCEDD**: Registre a sus pasantes de corto plazo (menos de 40 horas en el programa) en el conjunto de datos de Actividades.

**Año fiscal**: **2023**

**Nombre**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Segundo nombre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Apellido**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Condado de origen**: 🗌 otro estado 🗌 desconocido

**Disciplina:** (marque una)

* Audiología
* Ciencias biológicas
* Odontología (otra)
* Odontología (pediátrica)
* Estudios de discapacidad
* Educación/Educación especial
* Educación: Administración
* Educación: Intervención temprana/infancia temprana
* Educación: Educación general
* Epidemiología
* Miembro de la familia/miembro de la comunidad
* Estudios de familia
* Abogacía de familias, padres y jóvenes
* Genética/Asesoramiento genético
* Gerontología
* Administración de la salud
* Desarrollo humano/Desarrollo infantil
* Interdisciplinario
* Derecho/Leyes
* Artes liberales y ciencias, humanidades y estudios generales
* Medicina (Medicina del adolescente)
* Medicina (Pediatría conductual y del desarrollo)
* Medicina (General)
* Medicina (Discapacidades del neurodesarrollo)
* Medicina (otra)
* Medicina (Pulmonología pediátrica)
* Medicina (Pediatría)
* Salud mental y conductual
* Enfermería (Enfermera de familia/pediátrica)
* Enfermería (General)
* Enfermería (Matrona)
* Enfermería (otra)
* Nutrición
* Terapia ocupacional
* Otro
* Pastoral
* Persona con una discapacidad o necesidades médicas
* Farmacia
* Fisioterapia
* Psiquiatría
* Psicología
* Administración pública
* Salud pública
* Rehabilitación
* Terapia respiratoria
* Trabajo social
* Patología del habla y del lenguaje

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_

**Género:**

* Masculino
* Femenino

A partir de la versión del año fiscal 2006 del NIRS, la información sobre la raza y la etnia se recoge de forma consistente con las categorías del censo de los Estados Unidos. Proporcione información sobre las dos raza y etnia.

**Raza** (marque una)**:**

* Por **blanco** se entiende las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o el norte de África.
* Por **negro o afroamericano** se entiende las personas descendientes de cualquiera de los grupos raciales negros de África.
* Por **nativo americano o nativo de Alaska** se entiende las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central), y que mantienen una afiliación tribal o un vínculo con dicha comunidad.  
  Tribu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Por **asiático** se entiende las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios del Extremo Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio (por ejemplo, indio asiático).
* Por **nativo de Hawái y de otras islas del Pacífico** se entiende las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
* El término **Más de una raza** incluye a las personas que se identifican con dos o más denominaciones raciales.
* El término **No aplicable** se utiliza para las personas que no se identifican con ninguna de las categorías.

**Etnia** (marque una):

Hispano es una categoría étnica para las personas descendientes de los países hispanohablantes de América Latina o que se identifican con una cultura hispanohablante. Las personas hispanas pueden ser de cualquier raza.

* Hispano
* No hispano
* No aplicable

**Relación personal con las discapacidades:**

**¿El pasante es un(a)…?** (Marque todas las opciones que correspondan)

* Persona con discapacidad
* Persona con necesidades médicas
* Padre o madre de una persona con discapacidad
* Padre o madre de una persona con necesidades médicas
* Miembro de la familia de una persona con discapacidad
* Miembro de la familia de una persona con necesidades médicas
* Ninguna
* No es aplicable

**Miniencuesta**: Lugar de trabajo actual

**Miniencuesta**: Puesto de trabajo/cargo actual