

Formulario de actividad del NIRS - Año fiscal 2024

*Respuesta obligatoria

*Tipo de programa:

UCEDD

LEND

LEAH

PPC

DBP

*Año fiscal: **2024**

*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 (por ejemplo, fecha, ubicación, miembros del personal involucrados, tema/s cubiertos, qué ocurrió).) _____

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 en 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).

Raza de las personas atendidas (indique el número para todo lo que corresponda)

_____ **Blanco** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o el norte de África.

_____ **Negro o Afroamericano** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los grupos raciales negros de África.

_____ **Nativo Americano o Nativo de Alaska** se entiende que son 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

_____ **Asiático** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios del Extremo Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente Indio (por ejemplo, Indio Asiático).

_____ **Nativo de Hawái y de otras islas del Pacífico** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

_____ **Más de una raza** incluye a las personas que se identifican con dos o más denominaciones raciales.

_____ **No aplicable** se utiliza para las personas que no se identifican con ninguna de las categorías.

_____ **Total**

Etnia de las personas atendidas (indique el número para todo lo que corresponda) *Hispano es una categoría étnica para personas cuyos orígenes se encuentran en los países de habla hispana de América Latina o que se identifican con una cultura de habla hispana. Las personas hispanas pueden ser de cualquier raza.*

_____ Hispano

_____ No Hispano

_____ No se ha registrado

_____ Total

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

_____ Total

***¿Esta actividad aborda las necesidades de los jóvenes con necesidades especiales de atención médica de pasar a recibir atención médica para adultos?**

- Sí No

***¿A través de qué procesos está promoviendo o facilitando que los jóvenes con necesidades especiales de atención médica pasen a recibir atención médica para adultos?**

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Asistencia técnica | <input type="radio"/> Seguimiento/vigilancia |
| <input type="radio"/> Capacitación | <input type="radio"/> Evaluación/examinación |
| <input type="radio"/> Desarrollo de productos | <input type="radio"/> Remisión/coordinación de la atención |
| <input type="radio"/> Investigación/publicaciones revisadas por pares | <input type="radio"/> Servicio directo |
| <input type="radio"/> Diseminación/difusión de información/educación | <input type="radio"/> Iniciativas para mejorar la calidad |

***¿Esta actividad promueve o facilita la evaluación y el seguimiento del desarrollo en su programa?**

- Sí No

***¿A través de qué procesos está promoviendo o facilitando la evaluación y el seguimiento en su programa?**

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Asistencia técnica | <input type="radio"/> Seguimiento/vigilancia |
| <input type="radio"/> Capacitación | <input type="radio"/> Evaluación/examen |
| <input type="radio"/> Desarrollo de productos | <input type="radio"/> Remisión/coordinación de la atención |
| <input type="radio"/> Investigación/publicaciones revisadas por pares | <input type="radio"/> Servicio directo |
| <input type="radio"/> Diseminación/difusión de información/educación | <input type="radio"/> Iniciativas para mejorar la calidad |

***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):**

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Actividades de garantía de calidad | <input type="radio"/> Educación e intervención temprana |
| <input type="radio"/> Actividades relacionadas con el cuidado de niños | <input type="radio"/> Actividades relacionadas con la salud |
| <input type="radio"/> Actividades relacionadas con el empleo | <input type="radio"/> Actividades relacionadas con la vivienda |
| <input type="radio"/> Actividades relacionadas con el transporte | <input type="radio"/> Actividades relacionadas con el tiempo |

Áreas no enumeradas en la Ley DD:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Actividades de calidad de vida | <input type="radio"/> Otro (Tecnologías de apoyo) |
| <input type="radio"/> Otro (Diversidad cultural) | <input type="radio"/> Otro (Liderazgo) |
| <input type="radio"/> Otro (especifique): | |

Satisfacción del cliente

***¿El Centro encabezó esta actividad?**

- Sí (En caso afirmativo, introduzca los resultados de la encuesta a continuación).
 No

Indique el número total de encuestados _____

Indique el número total que respondió: _____

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

En desacuerdo _____

Totalmente en desacuerdo _____

Total de encuestados _____

***Agencias que colaboran en el trabajo de la actividad**

- No aplica/no hay agencia colaboradora

***Agencia principal que colabora en el trabajo de la actividad (Seleccione una opción)**

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Agencia estatal del Título V | <input type="radio"/> Agencia o proveedor estatal/local para discapacidades del desarrollo |
| <input type="radio"/> Otro programa financiado por la MCHB o relacionado | <input type="radio"/> Servicios sociales estatales/locales |
| <input type="radio"/> Departamento de Salud del Estado | <input type="radio"/> Organización para el cuidado de los |
| <input type="radio"/> Programas clínicos/hospitales | <input type="radio"/> Agencia de salud (pública/privada) |
| <input type="radio"/> Salud de los adolescentes del estado | <input type="radio"/> Agencia para la salud mental/abuso de |
| <input type="radio"/> Otro programa relacionado con la salud | <input type="radio"/> Agencia/proveedor de vivienda |
| <input type="radio"/> Seguro médico/organización de atención | <input type="radio"/> Agencia para el tiempo libre |
| <input type="radio"/> Medicaid | <input type="radio"/> Agencia de transporte |
| <input type="radio"/> Consejo de Discapacidades del Desarrollo | <input type="radio"/> Organización de proveedores |

- Agencia de protección y defensa (P&A)
- Otro UCEDD
- Cuidado de niños/infancia temprana/parte C de bebés y niños pequeños
- Head Start/Early Head Start
- Educación especial estatal/local (3-21)
- Educación general estatal/local
- Educación postsecundaria (institución de educación superior/universidad)
- Empleo/rehabilitación profesional
- 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

***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)

- .. 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 _____
- .. Head Start/Early Head Start _____
- .. Educación especial estatal/local (3-21) _____
- .. Educación general estatal/local _____
- .. Educación postsecundaria (institución de educación _____
- .. Empleo/rehabilitación profesional _____
- .. Agencia o proveedor estatal/local para discapacidades del _____
- .. 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 para el tiempo libre _____
- .. 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 aplica/no hay proyecto afiliado
- .. Proyecto afiliado principal. Indique el título: _____
- .. Proyecto afiliado secundario. Indique el título: _____

*Duración (Informe según la hora completa más cercana): _____

“ No aplica

Fecha de la actividad _____

(mm/dd/aaaa)

“ ¿Actividad recurrente?

(En el caso de las actividades en curso, puede introducir simplemente la fecha de inicio de la actividad)