

## Formulario de actividad del NIRS - Año fiscal 2024

### \*Respuesta obligatoria

#### \*Tipo de programa:

UCEDD

LEND

LEAH

PPC

DBP

\*Año fiscal: **2024**

\*Función básica: **Preparación Interdisciplinaria Previa al Servicio (Capacitación de Pasantes)**

Relacionado con el COVID-19: "

\*Título de la actividad: \_\_\_\_\_

**Breve descripción de la actividad** (Por favor use este espacio para explicar brevemente (50 palabras) sobre la actividad que se informa en este formulario (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).

\*Tipo de actividad (seleccione una opción)

Abogacia

Adquisición de habilidades

Cambio sistémico

\*¿Esta actividad aborda las necesidades de los jóvenes con necesidades especiales de atención médica de pasar

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?

Asistencia técnica

Capacitación

Desarrollo de productos

Investigación/publicaciones revisadas por pares

Disseminación/difusión de información/

educación

Seguimiento/vigilancia

Evaluación/examinación

Remisión/coordinación de la atención

Servicio directo

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 del desarrollo en su programa?

Asistencia técnica

Capacitación

Desarrollo de productos

Investigación/publicaciones revisadas por pares

Disseminación /difusión de información/educación

Seguimiento/vigilancia

Evaluación/examinación

Remisión/coordinación de la atención

Servicio directo

Iniciativas para mejorar la calidad

\*¿Se impartió la capacitación fuera del UCEDD?

Sí

No

\*Área de enfoque (marque una opción)

Áreas enumeradas en la Ley de Asistencia y Declaración de Derechos para Personas con Discapacidades del Desarrollo

Actividades de garantía de calidad

Actividades relacionadas con el empleo

Actividades relacionadas con el transporte

Actividades relacionadas con la vivienda

Educación e intervención temprana

Actividades relacionadas con el cuidado de niños

Actividades relacionadas con el tiempo libre

Actividades relacionadas con la salud

Administración pública

Enfermería

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Enfermería (Enfermera de familia/pediátrica)                  | <input type="radio"/> Enfermería (Matrona)   |
| <input type="radio"/> Enfermería (Otro)   | <input type="radio"/> Epidemiología  |
| <input type="radio"/> Farmacia  | <input type="radio"/> Fisioterapia   |
| <input type="radio"/> Liberales: Artes y ciencias, humanidades y estudios generales | <input type="radio"/> Medicina (Discapacidades del neurodesarrollo)                    |
| <input type="radio"/> Medicina (Medicina para adolescentes)                         | <input type="radio"/> Medicina (Neumología pediátrica)                                 |
| <input type="radio"/> Medicina (Pediatria del desarrollo y del comportamiento)      | <input type="radio"/> Medicina: General  |
| <input type="radio"/> Medicina: Pediátrica  | <input type="radio"/> Medicina: Otro   |
| <input type="radio"/> Nutrición   | <input type="radio"/> Pastoral   |
| <input type="radio"/> Patología del habla y el lenguaje                             | <input type="radio"/> Persona con discapacidad o necesidad especial de atención médica |
| <input type="radio"/> Psicología  | <input type="radio"/> Psiquiatría  |
| <input type="radio"/> Rehabilitación  | <input type="radio"/> Salud mental y del comportamiento                                |
| <input type="radio"/> Salud pública   | <input type="radio"/> Si selecciona Otro, especifique la disciplina:                   |
| <input type="radio"/> Terapia ocupacional   | <input type="radio"/> Terapia respiratoria   |
| <input type="radio"/> Trabajo social  | <input type="radio"/> Si Otro, indique de Disciplina:                                  |

**Satisfacción del cliente**

Para informes OIDD: solo es necesario encuestar al 10% de los participantes; Se espera una tasa de respuesta del 40% en conjunto por función principal, EXCEPTO para investigación/evaluación y desarrollo/difusión de información.

**\*¿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 _____	Desacuerdo _____
De acuerdo _____	Totalmente en desacuerdo _____
	Total de encuestados _____

**\*Medida de resultado inicial**

Los pasantes de largo plazo de los Centros Universitarios para la Excelencia en Discapacidades del Desarrollo (UCEDD,

Número total de encuestados _____	
Indique el número total que respondió:	
Totalmente de acuerdo _____	En desacuerdo _____
De acuerdo _____	Totalmente en desacuerdo _____
.. <input type="checkbox"/> No aplica _____	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="checkbox"/> Agencia estatal del Título V   | <input type="checkbox"/> Agencia o proveedor estatal/local para Servicios sociales estatales/locales |
| <input type="checkbox"/> Otro programa financiado por la MCHB o relacionado con ella          | <input type="checkbox"/> Organización para el cuidado de los ancianos                                |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud del estado                                     | <input type="checkbox"/> Agencia de salud (pública/privada)  |
| <input type="checkbox"/> Programas clínicos/hospitales  | <input type="checkbox"/> Agencia para la salud mental/abuso de sustancias                            |
| <input type="checkbox"/> Salud de los adolescentes del estado                                 | <input type="checkbox"/> Agencia/proveedor de vivienda   |
| <input type="checkbox"/> Otro programa relacionado con la salud                               | <input type="checkbox"/> Agencia para el tiempo libre  |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico/organización de atención administrada                  | <input type="checkbox"/> Agencia de transporte   |
| <input type="checkbox"/> Medicaid   | <input type="checkbox"/> Organización de proveedores   |
| <input type="checkbox"/> Consejo de Discapacidades del Desarrollo                             | <input type="checkbox"/> Organización de consumidores/defensa  |
| <input type="checkbox"/> Agencia de protección y defensa (P&A)                                | <input type="checkbox"/> Coalición estatal/local   |
| <input type="checkbox"/> Otro UCEDD   | <input type="checkbox"/> Organismo legislativo   |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de niños/infancia temprana/parte C de bebés y niños pequeños | <input type="checkbox"/> Organización judicial/legal   |
| <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start  | <input type="checkbox"/> Organización comunitaria o religiosa  |
| <input type="checkbox"/> Educación especial estatal/local (3-21)                              | <input type="checkbox"/> Asociación nacional   |
| <input type="checkbox"/> Educación general estatal/local                                      | <input type="checkbox"/> Organización independiente de investigación o políticas                     |

- i Educación postsecundaria (institución de educación superior/universidad)
- i Empleado/rehabilitación profesional
- i Fundación
- i 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 \_\_\_\_\_

Áreas no enumeradas en la Ley DD:

- Actividades de calidad de vida
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_
- Otro (Tecnologías de apoyo)
- Otro (Diversidad cultural)
- Otro (Liderazgo)

**\*Tipo y número de participantes** (indique el número de todos los que corresponda)

Audiología	Medicina (Medicina para adolescentes)
Ciencias biológicas	Medicina: General
Odontología (otro)	Medicina: Pediátrica
Odontología (pediátrica)	Salud mental y del comportamiento
Estudios sobre la discapacidad	Enfermería (Matrona)
Educación: Administración	Enfermería (Enfermera familiar/pediátrica)
Educación: Intervención temprana/infancia temprana	Enfermería (General)
Educación: Educación general	Enfermería (Otro)
Epidemiología	Nutrición
Estudios de la familia	Terapia ocupacional
Educación/educación especial	Pastoral
Gerontología	Fisioterapia
Defensa de la familia/padres/jóvenes	Farmacia
Genética/asesoramiento en genética	Psiquiatría
Administración de la salud	Psicología
Desarrollo humano/desarrollo infantil	Administración pública
Interdisciplinario	Salud pública
Derecho	Rehabilitación
Artes y ciencias liberales, humanidades y estudios generales	Terapia respiratoria
Medicina (Neumología pediátrica)	Trabajo social
Medicina (Discapacidades del neurodesarrollo)	Patología del habla y el lenguaje
Medicina (Pediatria del desarrollo y del comportamiento)	
Otro (especifique la disciplina):	

- Pasantes totales (suma de las cifras) \_\_\_\_\_
- Otros estudiantes en el aula \_\_\_\_\_
- Profesionales y para profesionales \_\_\_\_\_
- Familiares/cuidadores \_\_\_\_\_
- Adultos con discapacidades \_\_\_\_\_
- Niños/adolescentes con \_\_\_\_\_
- Legisladores/responsables de políticas \_\_\_\_\_
- Comunidad/local \_\_\_\_\_
- Socios estatales/nacionales \_\_\_\_\_
- Público en general/miembros de la comunidad \_\_\_\_\_
- Socios locales/comunitarios \_\_\_\_\_
- Socios estatales/nacionales \_\_\_\_\_
- Total Participantes \_\_\_\_\_

**\*Disciplina del curso o de la clase**

- Audiología
- Familiar/miembro de la comunidad

- Ciencias biológicas
- Odontología (otro)
- Odontología (pediátrica)
- Estudios sobre la discapacidad
- Educación/educación especial
- Educación: Administración
- Educación: Intervención temprana/infancia temprana
- Educación: Educación general
- Estudios de la familia
- Defensa de la familia/padres/jóvenes
- Genética/asesoramiento en genética
- Gerontología
- Administración de la salud
- Desarrollo humano/desarrollo infantil
- Interdisciplinario
- Leyes

- .. 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 \_\_\_\_\_
- .. 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 \_\_\_\_\_
- .. 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 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)