

**Formulario del Pasante del NIRS - Año fiscal 2024**

Para el uso de los LEND y UCEDD

**\*Respuesta obligatoria**

**REGISTRO PRINCIPAL**

Número de ID.: \_\_\_\_\_

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

\*Apellido \_\_\_\_\_

Nombre de soltera/o: \_\_\_\_\_

\*Título/s/certificación/es académicos obtenidos: \_\_\_\_\_

**Dirección actual**

\*Dirección (línea 1): \_\_\_\_\_

Dirección (línea 2): \_\_\_\_\_

\*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_

\*País \_\_\_\_\_

\*Código postal: \_\_\_\_\_

Condado de origen:  otro estado  desconocido

**(Dado que los estudiantes a menudo se mudan a un lugar cercano a la escuela a la que van a asistir, recomendamos encarecidamente que se pida a los pasantes que proporcionen el nombre del condado del que se mudaron para asistir a la escuela, en lugar de su condado de residencia actual).**

Correo electrónico principal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico secundario: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Dirección permanente**

Nombre del contacto permanente:  
\_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección (línea 1):  
\_\_\_\_\_

Dirección (línea 2):

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (del participante): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\*Género (según los requisitos federales de presentación de informes):

- Masculino
- Femenino
- Hombre Transgénero
- Mujer Transgénero
- Otro Otra Descripción de Género: \_\_\_\_\_
- Elija no divulgar/desconocido

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 la raza y la etnia.

\* Raza (marque una):

- 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 vínculo con dicha comunidad.  
Tribu: \_\_\_\_\_
- 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).
- Negro o Afroamericano** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- 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.
- Blanco** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o el norte de África.
- 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.

\*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 aplica

\*Idioma principal

**¿Habla un idioma que no sea el inglés en casa?**

- Sí, español
- Sí, otro idioma (indíquelo):
- No

**En caso afirmativo ¿qué tan bien habla usted el inglés?**

- Muy bien
- Bien
- Mas o Menos
- Mal o casi no lo hablo

**\*Contexto del puesto del pasante en el momento de la admisión:**

---

**\*Título del puesto en el momento de la admisión:**

---

**\*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 familia de una persona con discapacidad
- Miembro de familia de una persona con necesidades médicas
- Ninguna
- No es aplicable

**Actualización de contacto anual del pasante: Lugar de trabajo actual:**

---

**Actualización de contacto anual del pasante: Puesto de trabajo/cargo actual**

---

## REGISTRO ANUAL DEL PASANTE

\*Año fiscal: **2024**

\*Nivel académico (en el que está matriculado actualmente, no el grado más alto obtenido)

- No busco obtener un título
- Pregrado
- Maestría
- Doctorado
- Posdoctorado
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

\*Programa de estudios (indique la abreviatura adecuada, por ejemplo, BA, MA, PhD, DDS, PharmD, etc.)

\_\_\_\_\_

Posición en el programa (colega, residente, interno, estudiante de posgrado, etc.):

\*Disciplina: (marque una)

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

**\*Horas de contacto actuales:** (solo para el período de presentación de informes actual; **deben ser 9 o más**)

\_\_\_\_\_

**Estado de la matrícula:** (marque una)

- Tiempo completo
- Tiempo parcial

**Fecha de inicio del año:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (se refiere solamente al programa de capacitación, no al programa académico)

**Fecha de finalización del año:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (se refiere solamente al programa de capacitación; si actualmente se desconoce la fecha de finalización de este año, proporcione una estimación y añada la fecha exacta cuando la conozca)

**Tipo de pasante** (nota: estas preguntas se utilizarán para consultar a los pasantes para elaborar el informe de progreso, las medidas de rendimiento y otras funciones similares. Si va a registrar a un pasante como pasante del UCEDD y LEND, responda Sí a ambas preguntas).

¿Se trata de un pasante de LEND?  Sí  No

¿Se trata de un pasante del UCEDD de preparación previa al empleo o de formación continua?  Sí  No

¿Cuenta el pasante de LEND con el apoyo de la MCHB?  Sí  No

Una vez finalizada la capacitación, ¿se calificará al pasante como...?: (marque una)

- ¿Pasante de largo plazo? (más de 300 horas al finalizar la capacitación)
- ¿Pasante intermedio? (de 40 a 299 horas al finalizar la capacitación)

**Las personas cuyo programa de capacitación completo dure menos de 40 horas pueden figurar en el conjunto de datos “mini” de Pasantes de corto plazo. La información demográfica sobre el número de personas capacitadas a través de programas de capacitación de corto plazo o comunitarios se recoge en el conjunto de datos de Actividades.**

**\*Si el pasante recibe apoyo de la MCHB (“Sí” arriba), indique el apoyo de la MCHB (es decir, estipendio y/o matrícula/cuotas cubiertas) para el pasante:**

**Monto del apoyo**      \$ \_\_\_\_\_

**Tipo de apoyo:**

- Estipendio
- Matrícula
- Estipendio y matrícula
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**\*Tipo de apoyo**

Marque todas las categorías para describir cualquier apoyo financiero relacionado con el programa que el pasante esté recibiendo actualmente. **(Marque todas las opciones que correspondan)**

Financiamiento básico mediante subvenciones

- Básico de la MCHB
- Suplemento para el autismo de la MCHB
- OIDD
- OSEP

Otros fondos

- Tarifas clínicas
- Departamento Académico
- Pasantía
- Beca de investigación/estudios
- Otro
- No aplica ninguno

**Producto(s) elaborado(s) por el estudiante este año (obligatorio si procede)**

(Se debe completar el formulario de entrada de productos para cada nuevo producto).

**Presentación (Presentaciones) realizada(s) por el estudiante este año:**

Nombre de la presentación:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

**OPCIONAL:**

**Tipo de participación:** **(marque todas las opciones que correspondan)**

- Didáctica
- Clínic
- Investigación
- Prácticas/trabajo de campo
- Otra (especifique): \_\_\_\_\_

**¿Cuál de los siguientes programas de capacitación está completando el pasante (independientemente de su o sus fuentes de financiamiento)? (Marque todas las opciones que correspondan)**

- LEND de la MCHB
- ADD
- OSEP
- Residencia en pediatría
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_
- No aplica