

Para poder servirle mejor, proporcione la mayor cantidad de información sobre su ser querido para que nuestro personal se familiarice con el/ella y pueda usar esta información para relacionarse y hacer conexiones.

## Participante:

Nombre Completo	Nombre Completo: Apodo:		
Domicilio:			
Teléfono:			
Fecha de Nacimiento			
Lenguaje Primario			
Inglés: Habla/Entiende	Si	No	Comentarios:

## Persona que llena el formulario:

Nombre:	
Domicilio:	
Teléfono:	
Correo Electrónico:	
Relación al Participante:	
*Cuidador Primario:	
*Relación al Participante:	

Usa anteojos para leer	Si	No	Usa audífonos	Si	No
Usa dentaduras: De arriba/Abajo	Si	No	Usa productos para la incontinencia durante el día	Si	No
Usa bastón / andadera	Si	No	Requiere medicamentos durante el día	Si	No
Usa silla de ruedas	Si	No	Diabético/a	Si	No

Favor de describir en qué estado se encuentra su ser querido:

<b>Memoria</b> <input type="checkbox"/> Etapa temprana <input type="checkbox"/> Etapa intermedia <input type="checkbox"/> Etapa avanzada	Por favor explique:
<b>Bienestar físico</b>	
<b>Bienestar de comportamiento</b> (tiene ansiedad o agresividad)	Por favor explique:
<b>Comunicación</b> <input type="checkbox"/> Aun verbal (capaz de comunicar sus necesidades) <input type="checkbox"/> No-verbal	
<b>Visual</b>	

Favor de proporcionar información sobre cualquier cambio reciente, en términos de (considerando los últimos 6 meses):

<input type="checkbox"/> Salud física <input type="checkbox"/> Caída(s) reciente <input type="checkbox"/> Salud Mental (¿hay tendencias destructivas hacia su persona u otros?) <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones <input type="checkbox"/> Otros cambios	Favor de elaborar:
--	--------------------

## Personalidad & Preferencias

Favor de compartir las preferencias de su ser querido (circular la que más aplique).

Prefiere temperatura cálida	Prefiere temperatura fría
Estar adentro	Estar Afuera
Estar tranquilo	Estar ocupado
Estar Solo	Estar Acompañado
Líder	Seguidor/a
Trabajar	Descansar
Es emocional	Es Lógico/a
Hacer mas	Hablar Más
Hacer	Observar
Hablar	

## Información importante de su pasado y presente:

Nombre del esposo/a u otra persona importante	Nombre Completo: Apodo:
Fecha de matrimonio Años casados	
Noviazgo: cuando, donde se conocieron, los detalles que traen buenos recuerdos	
Cuantos hijos tiene, en donde viven, y si hay comunicación con ellos. ¿Están activos en su vida, hay comunicación?	
Los nombres de sus padres	Madre: Padre:
Personas importantes en su vida	
Cuantas y que tipo de mascotas tiene	
Lugar de Nacimiento (ciudad, estado), y recuerdos de su casa, jardín vecindad	
Universidad: Si aplica, nombre, ciudad/estado, título, recuerdos gratos	
<b>Servicio Militar</b> – Detalles de su servicio, rama militar, rango militar, función, años de servicio, guerras en las que participó, a donde fue enviado/a, si esta retirado/a (cuando), etc.	
Trabajo/Carrera profesional – detalles de empresas que recuerde o importantes en su vida profesional, títulos, responsabilidades, años que trabajo y en que	
Aficiones favoritas, música, canciones, deportes, diversión, actividades que disfrute	
Días feriados o celebraciones favoritas que aún disfrute	
Eventos importantes en su vida, viajes o vacaciones que recuerde o mencione	
Religión, nombre de su iglesia, actividades religiosas, citas bíblicas importantes, o himnos, etc.	

Antecedentes de salud mental o trastorno de estrés postraumático	
Historia personal de importancia o eventos importantes que ocurrieron en su vida	

### Eventos importantes y familiares

(pasado y presente)

Las personas, lugares y ocasiones en su vida que mencione con mayor frecuencia (ahora, aunque sean sobre el pasado)	
Lugares favoritos — ¿a qué lugares le gustaba ir o visitar antes o ahora en el presente?	
Programas favoritos, películas específicas programas de la tele y actores favoritos que recuerde. ¿Qué programas disfruta ahora?	
¿Qué le ha funcionado a Ud. para confortar a su ser querido cuando se siente triste, enojado/a, molesto/a, malhumorado/a o agitado/a?	

## La Experiencia en Town Square®

¿Como piensa Ud. que se siente su ser querido sobre asistir a Town Square®? ¿Tienen alguna preocupación?

¿Qué piensa Ud. que sería lo que más disfrute su ser querido en Town Square®?

¿Piensa Ud. que hay algo dentro de Town Square® que se debería evitar con su ser querido?