

DOWN SYNDROME ASSOCIATION OF JACKSONVILLE

INFORMACION DE FAMILIA

Fecha: _____

Nombre completo de la Madre y ocupación: _____

Nombre completo del Padre y ocupación : _____

Dirección: _____

Ciudad /Estado/Código postal: _____

Número de teléfono residencial: _____ Número de teléfono celular: _____

Numero de teléfono de empleo: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Cuál es su relación con el/la persona con Síndrome de Down: _____

Nombre completo de la persona con Síndrome de Down: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Diagnóstico prenatal o post natal: _____

¿El Nacimiento ocurrió en hospital? Indique nombre de la Institución: _____

¿Recibió un paquete informativo sobre la Asociación del Síndrome de Down donde ocurrió el nacimiento?: _____

¿Podemos compartir su información con otros coordinadores de asistencia de nuestra organización?: _____

¿Le gustaría recibir información sobre algunos de los siguientes programas?

Pequeños Estrellas (0-5) (Lil Stars)	Estrellas Brillantes (6-12) (Shining Stars)	Adolescentes (13-17) (Teens)	Adultos (18 en adelante) (Adults)
Padres (D.A.D.S)	Fútbol (Soccer)	Baloncesto (8 en adelante) (Basketball)	Porristas (8 en adelante) (Cheerleading)
Salud/ Bienestar (Wellness/ Fitness)		Tutorías en Computadora (16 meses en adelante) (Computer Tutoring)	

Terapia Física/ Ocupacional/ Habla

¿Desea ser contactado por algún coordinador DADS?: Si / No por ahora

¿Cómo supo sobre DSAJ? _____

Autorizo a DSAJ a publicar, mostrar y compartir, fotos de mi hijo(a) y familia.

Firma de Padre/ Guardian: _____

Comentarías: _____
