


FORMATO ENCUESTA PARA ASPIRANTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD		
VERSIÓN: 01	Página 1 de 6	

A continuación usted encontrará una serie de preguntas que son una fuente de información para el desarrollo de las actividades dirigidas a acompañar a los aspirantes en situación de discapacidad en su proceso de admisión a la FUNDACIÓN ACADEMIA DE DIBUJO PROFESIONAL.

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos:				
Documento de identidad:	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> CE	No.
Teléfono de residencia:				
Teléfono celular:				
Correo electrónico:				

TIPO DE LIMITACIÓN

Señale con una equis (X) su limitación:

Auditiva	
Visual	
Cognitiva	
Motriz	
Otra	

Especifique _____

Estimado (a) aspirante a continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con su limitación. En caso que posea dos o más limitaciones, diligencie los formularios necesarios para cubrir todas ellas.

NOTA: Si la información de esta encuesta no ha sido diligenciada directamente por el aspirante, por favor especifique el nombre y el parentesco de la persona que diligencia la información.

ASPIRANTES CON LIMITACIÓN AUDITIVA

1. Su grado de pérdida auditiva es:

Leve	
Moderada	
Severa	
Profunda	

2. Con respecto al idioma español, usted (señale con una X):


MODALIDAD/COMPETENCIA	BUENA	REGULAR	DEFICIENTE
LO LEE			
LO ESCRIBE			
LO HABLA			

3. Maneja usted (señale con una X):

MODALIDAD/COMPETENCIA	BUENA	REGULAR	NO LO MANEJA
Manejo castellano oral			
Manejo del castellano escrito			
Manejo lectura labiofacial			

4. Su manejo de herramientas tecnológicas como el computador es:

Nulo	
Bajo	
Intermedio	
Avanzado	

FORMATO ENCUESTA PARA ASPIRANTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD		
VERSIÓN: 01	Página 3 de 6	

ASPIRANTES CON LIMITACIÓN MOTRIZ

Respecto a su limitación responda las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál es el tipo de limitación motriz que presenta?

2. ¿Cuáles de los siguientes elementos auxiliares requiere para desplazarse?

Silla de ruedas ____ Muletas ____ Caminador ____ Otro ____


¿Cuál? _____

3. ¿Requiere algún tipo de mobiliario? No ____ Si ____

¿Cuál? _____

4. ¿Requiere de otras condiciones específicas? No ____ Si ____

¿Cuál? _____

FORMATO ENCUESTA PARA ASPIRANTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD		
VERSIÓN: 01	Página 4 de 6	

ASPIRANTES CON LIMITACIÓN COGNITIVA

Respecto a su limitación responda las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál es el tipo de limitación cognitiva que presenta?

2. ¿Requiere condiciones específicas? No ____ Si ____

Ubicación ____ Mobiliario ____ Tiempo adicional ____


¿Por qué? _____

Otra ____ ¿Cuál? _____

3. ¿Presenta dificultades con la lectura y la escritura?

Sí ____ No ____

¿Cuáles? _____

FORMATO ENCUESTA PARA ASPIRANTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD		
VERSIÓN: 01	Página 5 de 6	

ASPIRANTES CON LIMITACIÓN PSICOSOCIAL

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el tipo de limitación psicosocial que presenta?

2. ¿Requiere alguna de estas condiciones específicas?

Ubicación: _____ Mobiliario: _____ Tiempo adicional _____


¿Por qué? _____

Otra: _____ ¿Cuál? _____

3. ¿Presenta dificultades con la lectura y la escritura?

Sí _____ No _____

¿Cuales? _____

FORMATO ENCUESTA PARA ASPIRANTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD		
VERSIÓN: 01	Página 6 de 6	

OBSERVACIONES Y CONSIDERACIONES ESPECIALES: Si usted considera que la Institución debe conocer o tener en cuenta algún hecho o situación particular para la atención de su incapacidad en el proceso de formación, por favor hágalo saber con claridad a continuación:

Anexos: Exámenes, valoraciones y Conceptos médicos sobre el tipo y alcance de la discapacidad: Si _____ No. de Folios _____ NO _____

CAMPO PARA USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL DEL COMITÉ DE ADMISIONES
Verificación de la Información: _____ _____
Los apoyos que se implementarán para el aspirante son: _____ _____
Firma Aspirante: _____ Firma Profesional C.A.: _____