



**Oficina Administrativa**  
 P. O. Box 2487, Albemarle, NC 28002  
 704-982-9600 704-982-8155 (fax)

**Oficina Regional**  
 P. O. Box 4122, Wilmington, NC 28406  
 910-399-1683 910-399-1780 (fax)

Solo para uso de oficina Aplicación Recibida: _____ Aprobado para servicios: _____
--

## Solicitud de Servicios

**POR FAVOR IMPRIMA O ESCRIBA INFORMACION CLARAMENTE**

Por favor seleccione servicio(s) que solicita:  Residencial  Servicios durante el día  Empleo Apoyado  
 Consulta de Caso Especializado

### Información Identificativa

Nombre de la Persona \_\_\_\_\_  
Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Preferido

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Medicaid # \_\_\_\_\_ Condado de origen de Medicaid \_\_\_\_\_

Si es aplicable, Medicare # \_\_\_\_\_ Plan de medicamentos recetados \_\_\_\_\_

Si corresponde cobertura tercera. \_\_\_\_\_

Lista de todos los servicios que reciben actualmente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Innovations Waiver Funding?  No  Si

Managed Care Organization (MCO) asociada con? \_\_\_\_\_

Enumerar todo los servicios previos que este individual ha recibido:

Tipo de servicio/Ubicación	Duración de servicios	Razon que los servicios fueron suspendidos
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Comentarios adicionales \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Información Legal

**Estado de tutela**

Propio Tutor  Menor/Custodio  Guardián General  Tutor Limitado  Poder Legal  Guardián(es) de la Persona

Nombre del tutor(es) \_\_\_\_\_ Fecha de Calificación: \_\_\_\_\_

Preferencia del guardián sucesor, si conoce \_\_\_\_\_

Confianza de necesidades especiales establecida?  No  Si \_\_\_\_\_

¿Entierro Previo establecido?  No  Si \_\_\_\_\_

Planificación final si se sabe o se estableció: \_\_\_\_\_

**Social/Familiar**

**Madre**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Actual:

Calle o PO Box: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal # ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo # ( ) \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**Padre**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Actual:

Calle o PO Box: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal # ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo # ( ) \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**Hermanos**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Contacto
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Otras Personas Significantes**

Nombre	Relación	Número de Contacto
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Historia Médica Familiar**

**Respiratorio** (e.g. Asma, Alergias, Fibrosis Quística, Tuberculosis, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

Relación con el Individuo \_\_\_\_\_

**Cardiovascular** (por ejemplo, enfermedad cardíaca, hipertensión, etc.)

No  Si \_\_\_\_\_

Relación con el Individuo \_\_\_\_\_

**Endocrino** (e.g. Diabetes, Enfermedad de Tiroides, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

Relación con el Individuo \_\_\_\_\_

**Gastro-Intestinal** (e.g. Úlceras, Dificultades Intestinales, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

Relación con el Individuo \_\_\_\_\_

**Urinario** (e.g. Problemas de Riñón, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

Relación con el Individuo \_\_\_\_\_

**Neoplástico** (e.g. Cáncer, Tumor, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

Relación con el Individuo \_\_\_\_\_

**Neurológico** (e.g. Derrame Cerebral, Migrañas, Discapacidad del Desarrollo, Convulsiones, Alzheimer, Parálisis Cerebral, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

Relación con el Individuo \_\_\_\_\_

**Psiquiátrico** (e.g. Depresión, Bipolar, Esquizofrenia, Ansiedad, TDAH, Abuso de Sustancias, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

Relación con el Individuo \_\_\_\_\_

Comentarios

Adicionales: \_\_\_\_\_

**Información del Desarrollo**

Prenatal. Por favor, indique cualquier preocupación que haya ocurrido durante el embarazo: \_\_\_\_\_

**Nacimiento**

Prematuro \_\_\_\_\_  
 Sección de Cesárea  Parto de Nalgas. Otra información con respecto al nacimiento: \_\_\_\_\_

Peso a nacer: \_\_\_\_\_

**Historia de Desarrollo.** Tan cerca como pueda recordar, por favor escriba la edad cuando él/ella hizo lo siguiente:

Comenzo con Alimentos Sólidos \_\_\_\_\_ Alimentarse con los Utensilios \_\_\_\_\_ Dar Vuelta \_\_\_\_\_ Estar de Pie \_\_\_\_\_  
 Gatear \_\_\_\_\_ Caminar \_\_\_\_\_ Orinar \_\_\_\_\_ Defecar \_\_\_\_\_ Vestirse \_\_\_\_\_

¿A qué edad fue diagnosticado su hijo con Trastorno del Espectro Autista? \_\_\_\_\_

¿Cuándo buscó ayuda profesional? \_\_\_\_\_

**Indique si él / ella puede:**

- |   | Si                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ordenar por tamaño.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ordenar por color.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ordenar por Función.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Correctamente deletrear/escribir nombre.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cuenta 10 o más objetos.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Decir la hora en punto.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Decir la media hora.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entender los signos funcionales (salida, baño,etc)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hacer adiciones y restas simples.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leer/comprender oraciones simples.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leer/comprender periódicos o revistas.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entender el significado de la palabra "no".....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entender instrucciones simples.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entender instrucciones complicadas.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hacer una pregunta simple.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Relacionar la experiencia cuando se le pregunta.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contar una historia, o broma.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Describir planes realistas en detalle.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Identificar moneda.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hacer compras simples.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dar el cambio correcto.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Usar la cuenta de cheques/ahorros.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Indique el nivel de asistencia que necesita para:**

Bañar /Duchar

- No necesita (El/ella puede hacerlo solo)
- Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
- Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda.
- Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás

Alimentarse

- No necesita asistencia (El/ella puede hacerlo solo)
- Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
- Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda.
- Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás

Cepillar los Dientes

- No necesita asistencia (El/ella puede hacerlo solo)
- Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
- Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda.
- Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás

Vestirse

- No necesita asistencia (El/ella puede hacerlo solo)
- Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
- Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
- Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás

Participar en las tareas del hogar

- No necesita asistencia (El/ella puede hacerlo solo)
- Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
- Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
- Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás

Preparación básica de comida

- No necesita asistencia (El/ella puede hacerlo solo)
- Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos
- Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda
- Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás

**Información de Desarrollo continuó**

**¿Cómo hace llegar sus mensajes a los demás?** Responda lo siguiente y proporcione ejemplos específicos para las repuestas afirmativas.

¿Hace él/ella solicitudes de cosas que quiere/desea?  No  Si

---

¿Hace él / ella solicitudes de cosas que él / ella necesita?  No  Si

---

¿Él/ella puede rechazar cosas que son indeseables?  No  Si

---

¿Puede él/ella ganar la atención de los demás?  No  Si

---

¿Él/ella puede hacer o proporcionar comentarios?  No  Si

---

¿Puede él/ella dar información (observaciones sobre cosas que podrían no ser fácilmente conocidas)?  No  Si

---

¿Él/ella puede buscar información de otros?  No  Si

---

¿Participa en alguna rutina social?  No  Si

---

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Cómo él/ella entiende lo que se le está comunicando?** Marque todo lo que aplique y dé ejemplos

Entiende lo que se le dice \_\_\_\_\_

---

Entiende gestos \_\_\_\_\_

---

Comprende Signos \_\_\_\_\_

---

Entiende/Utiliza sistemas especiales(e.g. Imágenes, Tarjetas de palabras, objetos, tabla de horarios, etc) \_\_\_\_\_

---

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Información de Desarrollo ... continúa

Indique con qué frecuencia, si alguna vez, el individuo realiza los siguientes comportamientos:

	Nunca	No este año	Menos de una vez al mes	Aproximadamente una vez al mes	Una vez a la semana	Varias veces a las semana	Una vez al día o más
Tiene rabieta o arrebato emocional.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Daños propios o propiedad de otros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Interrumpe las actividades de los demás.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Se muerde a sí mismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Arañazos / pellizcos a sí mismo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Se golpea a sí mismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Se golpea la cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Muerde a los demás.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Arañazos / pellizcos a los demás.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Golpea a los demás.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Patea a los demás.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Corre o se aleja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Roba.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Come / muerde artículos no comestibles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						
Mostrar comportamiento sexual inapropiado...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Comentarios)</i>	<hr/>						

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Información Médica**

**Alergias.** Indique cualquier alergia a los alimentos, las drogas o el medio ambiente junto con las reacciones.

(Alergia)	(Reacción)
(Alergia)	(Reacción)
(Alergia)	(Reacción)

**Hospitalizaciones y Cirugías Médicas.**

(Fecha)	(Para)
(Fecha)	(Para)
(Fecha)	(Para)

**Hospitalizaciones Psiquiátricas/Estabilización de Crisis**

(Fecha)	(Comentarios)
(Fecha)	(Comentarios)

**Medicamentos actuales.** Enumere todos los medicamentos recetados actuales que toma.

Nombre del Medicamento	Instrucciones de Dosificación	Prescrito para

Continúa hacia atrás si es necesario

Por favor indique cualquier medicamento anterior tomado. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el nivel de apoyo que necesita para tomar medicamentos recetados?**

- Independiente- El individuo es totalmente responsable de su medicación.
- Asistencia- el personal/otros mantienen medicamentos, el individuo participa con asistencia.
- Asistencia Total- El personal/otros asume la responsabilidad total

**Indique cualquier problema de atención médica que pueda desarrollar:** (Dolores de Cabeza, Alergias de Temporada, Constipación etc.)

(Condición)	(¿Cómo es usualmente tratado?)
(Condición)	(¿Cómo es usualmente tratado?)
(Condición)	(¿Cómo es usualmente tratado?)

**¿Cómo indica que él / ella puede no sentirse bien?** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Información médica...continua**

**Audición.**

- Indeterminado
- Normal
- Pérdida leve  
(Dificultad para escuchar el habla normal)
- Pérdida moderada  
(Dificultad para escuchar el habla fuerte)
- Pérdida severa  
(Solo puede escuchar un discurso amplificado)
- Pérdida profunda

**Visión.**

- Indeterminado
- Normal
- Deterioro moderado  
(Problemas para ver distancias, bordillos, etc.)
- Deterioro severo  
(No se pueden ver caras, línea en la que escribir o marcar)
- Percepción de luz  
(Ve solo luz y / o sombras)
- Ciego

**Movilidad**

- Camina de forma independiente
- Camina independiente, pero con dificultad
- Camina independiente, con dispositivo correctivo
- Camina solo con la ayuda de otra persona
- No camina

Comentarios adicionales sobre audición, visión y movilidad: \_\_\_\_\_

**Hábitos de Dormir.**

Él / ella típicamente duerme:  Toda la noche  3-5 Horas  Menos de 3 horas por noche  
Él / ella usa:  Cama  Una cama adaptada  Barandillas de la cama.

Comentarios adicionales con respecto a los hábitos de dormir: \_\_\_\_\_

¿Tiene él / ella una dieta especial?  No  Si \_\_\_\_\_

¿Él / ella usa algún alimento especial / adaptativo para comer o  No  Si \_\_\_\_\_

beber?  No  Si \_\_\_\_\_

¿Requiere él / ella personal capacitado en procedimientos especiales de atención médica?  No  Si \_\_\_\_\_

**Medical Concerns.**

Respiratorio (e.g. Asma, Alergias, Fibrosis Quística, Tuberculosis, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

Cardiovascular (por ejemplo, enfermedad cardíaca, hipertensión, etc.)

No  Si \_\_\_\_\_

Endocrino (e.g. Diabetes, Enfermedad de Tiroides, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

Gastro-Intestinal (e.g. Úlceras, Dificultades Intestinales, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

Urinario (e.g. Problemas de Riñon, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

Neoplástico (e.g. Cáncer, Tumor, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

Neurológico (e.g. Trazo, Migrañas, Discapacidad de Desarrollo, Convulsiones, Alzheimer, Parálisis Cerebral, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

Convulsiones  No  Si – Describa las convulsiones típicas: \_\_\_\_\_

Frecuencia de las convulsiones:  Ninguna durante este año pasado  Menos de una vez al mes  Una vez al mes  Una vez a la semana  Varias veces a la semana  Una vez al día o más

Psiquiátrico (e.g. Depresión, Bipolar, Esquizofrenia, Ansiedad, TDAH, Abuso de Sustancias, etc)

No  Si \_\_\_\_\_

**Médico primario actual:**

Nombre de la práctica: \_\_\_\_\_

Dirección: Calle/PO Box: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal # ( ) \_\_\_\_\_ Fax # ( ) \_\_\_\_\_

**Solicitud de presentación**

**Por favor envíe lo siguiente con esta aplicación** \_\_\_\_\_

- Fotografía actual del solicitante
  - Evaluación psicológica (evaluación TEACCH preferible) que confirma el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista
  - Historia Social
  - Historial Médico
  - Historia Educacional
  - Plan de soporte individualizado (según lo garantizado)
  - Otra información según corresponda (enumere por favor)
- \_\_\_\_\_

**Esta solicitud de servicios está siendo completada por:** \_\_\_\_\_

**Relación con el solicitante:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal**  
**actual:** Calle o PO Box: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Teléfono Principal#** (      ) \_\_\_\_\_ **Teléfono alternativo #** (      ) \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Aviso:** Firmando a continuación, yo / nosotros estamos solicitando voluntariamente servicios de GHA Autism Supports y entendemos que se dará consideración a esta Solicitud de Servicios sin distinción de raza, color o origen nacional.

**Imprimir nombre:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



## Instrucciones de Envío de Solicitud

Una vez completada, la Solicitud de Servicios junto con toda la documentación de respaldo solicitada se puede enviar de cualquiera de las siguientes maneras:

**Fax a:** (704) 982-8155

**Correo Electrónico:** [GHAAdmissions@ghainc.org](mailto:GHAAdmissions@ghainc.org)

**Correo:** GHA Autism Supports  
Attention: Application for Services  
PO Box 2487  
Albemarle, NC 28002

Todavía tienes preguntas? Por favor, póngase en contacto con la línea de admisiones y referencias de GHA al: (704) 982-9600 ext. 200

La solicitud de Servicios, junto con otra información relacionada con los servicios prestados por GHA Autism Supports, así como enlaces a recursos valiosos, se pueden encontrar en nuestro sitio web a:

[www.ghautismsupports.org](http://www.ghautismsupports.org).



**Misión:** GHA Autism Supports brinda servicios comunitarios de calidad para satisfacer las necesidades únicas de las personas con Trastorno del Espectro Autista

**Visión:** Crearemos entornos en los que se entienda a personas de todas las edades con Trastorno del Espectro Autista, valoradas por su diversidad y se les den oportunidades para crecer, así como también contribuir a la comunidad

**Valores:** Valoramos la singularidad de cada persona con Trastorno del Espectro Autista y buscamos incorporar sus fortalezas, habilidades y elecciones en la planificación y provisión de servicios.