

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

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.



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.