

## Historial para Padres/Representantes de Niños y Adolescentes (hasta los 17 años)

Para ser completado por el Centro TEACCH

Centro: \_\_\_\_\_ Caso #: \_\_\_\_\_

Unidad# del Hospital UNC (si está disponible): \_\_\_\_\_ Fecha en que fue Referido: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL NIÑO

Fecha en que se completó esta forma: \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

Nombre: \_\_\_\_\_ Prefiere que lo llamen: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Sufijo: Jr. Sr. III IV Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes día año

Género: Masculino Femenino Grupo Etnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino

**Raza del niño:**

Afro Americano o Negro      Nativo de Norteamérica/Alaska      Asiático      Blanco      Nativo de Hawaii  
 Otras Islas del Pacífico      Más de una raza      Otra (especifique): \_\_\_\_\_

Afiliación Religiosa (opcional): \_\_\_\_\_

**Actualmente vive con:**

Ambos padres biológicos      Padre Biológico      Madre Biológica      Padre Biológico y Madrastra  
 Madre Biológica y Padrastro      Custodia Conjunta – 2 hogares separados      Padres Adoptivos  
 Padres en adopción temporal      Cuidadores-no parientes      Parientes, ¿quiénes? \_\_\_\_\_

Idioma que hablan en la casa: \_\_\_\_\_ ¿Necesitan de un Intérprete?    Sí    No

### INFORMACION DE LA POLIZA DE SEGURO

Nombre de la Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Nombre del Proveedor de Atención Médica: \_\_\_\_\_

Dirección de Reclamos del Seguro: \_\_\_\_\_

Número Telefónico de Atención al Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva de la Póliza: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE LOS PADRES (#1) / TUTOR LEGAL

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Sufijo: Jr. Sr. III IV Relación con el niño:

\_\_\_\_\_

Dirección de habitación: \_\_\_\_\_ Apartamento #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_



## ESTADO CIVIL

¿Los padres están casados entre sí? Si No Fecha de Matrimonio: \_\_\_\_\_

¿Los padres están separados o divorciados? Divorciados Separados Fecha de separación o divorcio: \_\_\_\_\_

Si están separados o divorciados, por favor indique acuerdos de la custodia: Conjunta Unica (¿Cuál de los padres?)  
 \_\_\_\_\_ Otra (por favor describa): \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE LOS HERMANOS

Primer Nombre Solamente	Fecha de Nacimiento mes/día/año	Género	Parentesco		¿El hermano(a) tiene un Trastorno del Espectro de Autismo?		Otro Trastorno del Desarrollo o de Salud
			Total Medio	Hermanastro/a de Acogida	Sí	No	
		Masculino Femenino	Total Medio	Hermanastro/a de Acogida	Sí	No	
		Masculino Femenino	Total Medio	Hermanastro/a de Acogida	Sí	No	
		Masculino Femenino	Total Medio	Hermanastro/a de Acogida	Sí	No	
		Masculino Femenino	Total Medio	Hermanastro/a de Acogida	Sí	No	

## INFORMACION DE OTRA PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO DEL NIÑO

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Sufijo: Jr. Sr. III IV Relación con el niño \_\_\_\_\_

Dirección de habitación: \_\_\_\_\_ Apartamento #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono Principal: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono Alternativo 1: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo 2: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes/día/año)

## CRONICA DE LAS INQUIETUDES

¿Cuándo fue que se preocupó por primera vez acerca del desarrollo de su niño? Edad en meses: \_\_\_\_\_ o

Edad en años: \_\_\_\_\_ ¿Cuáles fueron sus preocupaciones en ese momento?

¿Cuándo le pareció lo suficientemente serio como para buscar ayuda profesional? Edad en meses \_\_\_\_\_ o

Edad en años: \_\_\_\_\_

¿Su niño(a) tuvo un periodo de tiempo en el que parecía perder un gran número de habilidades?    Sí    No

¿A qué edad?    Edad en meses \_\_\_\_\_    o    Edad en años: \_\_\_\_\_

¿Qué tan largo fue este periodo?    meses: \_\_\_\_\_    o    años: \_\_\_\_\_

¿A qué profesionales (si ese es el caso) les consultó?

¿Qué le dijeron?

¿Qué diagnósticos ha recibido su niño?

**Ubicación actual en la escuela**

**Escuela:** \_\_\_\_\_ **Maestra:** \_\_\_\_\_

**Salón de Clases:**    \_\_\_\_\_ grado regular    Apoyo con Recursos de la Escuela    Clases separadas de Educación Especial

**Su niño tiene (encierre en un círculo todos los que aplican):**    IFSP    IEP    Plan 504

**Mi hijo no está actualmente inscrito en la escuela**

**Experiencia escolar previa:**

Nombre de la Escuela	Ciudad	Educación Especial Servicios Recibidos		Grados
		Sí	No	

¿Actualmente o en el pasado, su niño(a) ha tenido dificultades en la escuela?    Sí    No

Si la respuesta es afirmativa, por favor explique:

## INFORMACION DEL EMBARAZO

Por favor, a continuación marque todos los que apliquen y que hayan sucedido durante el embarazo de éste niño(a):		
nausea y vómitos excesivos	manchas o sangramientos	rubeola
Otras enfermedades infecciosas, influenza	infección del riñón o vejiga	presión sanguínea alta
toxemia	anemia (bajo en hierro)	cigarrillos/tabaco
uso de alcohol	medicamentos (prescritos, no-prescritos)	incompatibilidad del factor RH
accidentes	problemas médicos no relacionados con el embarazo	hospitalización durante el embarazo
nacimiento prematuro	estrés emocional	estrés físico
dificultad para concebir	visitas médicas regulares, primera visita fue durante el mes #:	
ultrasonido	Otros (por favor, especifique):	
amniocentesis		
Otros estudios diagnósticos prenatales		

**¿Hubo algún problema durante otros embarazos?** (incluya los puntos enumerados arriba así como también dificultad para concebir, aborto natural, mortinato o parto de un feto muerto, partos prematuros) **No** **Si**  
**Si su respuesta es afirmativa, por favor explique**

## HISTORIA DEL NACIMIENTO DEL NIÑO

Nombre del hospital donde nació su niño: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_\_ oz.

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Puntuación de APGAR rango 1-10

#1	#2

**Parto:**

sin complicaciones	partos múltiples	podálico (sentado)
cesárea	fórceps	Cordón alrededor del cuello
Otras complicaciones del parto, especifique:		

## HISTORIA NEONATAL

Por favor marque algunos de los siguientes que hayan aplicado durante el primer mes.

problemas para respirar	convulsiones	cianosis (piel azul)
llantos excesivos	infecciones	ictericia (piel amarilla)
problemas para dormir	recibió cuidados intensivos en la unidad neonatal	muy inactivo
problemas de alimentación	¿Algún otro problema neonatal? Por favor especifique:	

## HISTORIA MEDICA

Por favor marque cualquiera de los siguientes con quienes haya tenido contacto en relación a su hijo(a).

<b>PEDIATRA</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>MEDICO de la FAMILIA</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>NEUROLOGO</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>OTORRINOLARINGOLOGO</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>OFTALMOLOGO</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>CIRUJANO</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado::	<i>En el pasado</i>
<b>DENTISTA</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>PSIQUIATRA</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>PSICOLOGO</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>AUDIOLOGO</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>TERAPEUTA DEL HABLA</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>TERAPEUTA OCUPACIONAL</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>FISIOTERAPEUTA</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>TRABAJADOR SOCIAL</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>NUTRICIONISTA</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>ESPECIALISTA EN INTERVENCION TEMPRANA</b> Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>
<b>OTRO</b> (especifique): Nombre:	<i>Actualmente</i>
Ciudad/Estado:	<i>En el pasado</i>

**¿Su hijo(a) ha tenido algunos de los siguientes? Por favor, indique la edad.**

marque	condición	edad	marque	condición	edad
	meningitis y/o encefalitis			Infección de la vejiga o renal	
	accidentes			dolores de cabeza y/o migrañas	
	enfermedades del corazón			envenenamiento	
	epilepsia y/o ataques convulsivos			diabetes	
	sarampión			heridas en la cabeza	
	tos ferina (pertusis)			parotiditis	
	infecciones recurrentes del oído			rubeola	
	varicela			amigdalitis recurrentes	
	desmayos			neumonía que haya requerido hospitalización	
	problemas de la vista			Electroencefalograma (EEG)	
	diarrea severa con deshidratación			estudios de los cromosomas	
	alergias			otros estudios genéticos	
	reacciones severas a vacunas			hospitalización	
	estudios del sistema nervioso central (ej. MRI, CT)			Infecciones crónicas (por ej., TB, citomegalovirus, herpes, VIH)	
	cirugías (por favor, especifique):				
	otros (por favor especifique):				

## ARBOL GENEALOGICO

***Si alguno de los parientes consanguíneos de su niño ha tenido algunos de los siguientes problemas, por favor escriba al lado de cada problema, el parentesco de la persona con respecto a su niño. (Por parientes nos estamos refiriendo a los abuelos de su hijo(a), tías, tíos, primos hermanos, hermanos o sus padres).***

PROBLEMA	Familia biológica de la madre	Familia biológica del padre
Autismo, Trastorno del Espectro del Autismo, Síndrome de Asperger, (PDD)		
Trastornos de Comunicación		
Convulsiones, Ataques, Epilepsia		
Parálisis cerebral, debilidad muscular		
Pérdida de Audición		
Discapacidad Intelectual ( <i>conocido anteriormente como Retardo Mental</i> )		
Dificultades en la escuela		
Discapacidad visual severa		
Desarrollo lento, poco conversador		
Dificultad para leer		
Trastorno emocional (ansiedad, psicosis) Especifique:		
Trastorno de Déficit de Atención		
Depresión		
Maníaco-depresivo, trastorno bipolar, trastorno del estado de ánimo		
Alcoholismo/Abuso de Sustancias o dependencia		
Trastornos autoinmunes (tiroides, EM, lupus) Especifique:		
Otros – Especifique:		

## HISTORIA DEL DESARROLLO

**Logros: por favor indique la edad más aproximada posible que usted pueda recordar de cuando su niño pudo hacer las cosas que se mencionan a continuación:**

<i>Logró</i>	<i>edad</i>	<i>Logró</i>	<i>edad</i>
<b>En cuanto a la comida</b>		<b>Capacidad Motriz</b>	
dejar el biberón		darse vuelta	
tomar de un vaso sin ayuda		alcanzar objetos	
comenzar a comer comida sólida		sentarse sin apoyo	
comer solo y con cuchara		gatear	
<b>En cuanto a ir al baño</b>		empujarse para levantarse	
control de esfínteres – durante el día		pararse sin apoyo	
control de esfínteres – durante la noche		Caminar usando muebles como apoyo	
control para defecar – durante el día		caminar solo	
control para defecar – durante la noche		montar un triciclo	
ir al baño por su cuenta		<b>Comunicación para socializar</b>	
<b>Habilidades para vestirse</b>		sonreírse	
desvestirse solo		seguir con la mirada	
vestirse solo		realizar sonidos simples (balbucear)	
Abotonarse la ropa		decir su primera palabra	
Amarrarse las trenzas de los zapatos		utilizar palabras todos los días	
		Combinar palabras en oraciones cortas	

**Por favor estime el número de palabras en el vocabulario actual de su niño:**

Sin palabras                      de 1 a 5 palabras: primeras palabras                      de 10 a 25 palabras                      de 25 a 50 palabras  
de 50 a 75 palabras                      de 75 a 100 palabras                      mas de 100 palabras

**¿Qué medicamento(s) y/o vitaminas ha tomado o está tomando actualmente su niño?**

<b>Medicamento:</b>	<b>Fecha(s):</b>
<b>Razón/Eficacia:</b>	
<b>Medicamento</b>	<b>Fecha(s):</b>
<b>Razón/Eficacia:</b>	
<b>Medicamento:</b>	<b>Fecha(s):</b>
<b>Razón/Eficacia:</b>	
<b>Medicamento:</b>	<b>Fecha(s):</b>
<b>Razón/Eficacia:</b>	



## INFORMACION DE REFERENCIA

**¿Quién lo refirió a TEACCH?**    Usted mismo    Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**Razón por la cual fue referido:**

Necesita un Diagnóstico de un Trastorno del Espectro del Autismo (ASD)

Tiene un diagnóstico de un ASD y necesitan Servicios de Tratamiento

**¿Por qué pensaron que usted debía contactarnos?**

**¿Actualmente, cuáles son sus preocupaciones principales en relación a su niño?**

**¿Qué espera que el Centro TEACCH pueda proveerle a usted, a su niño y a su familia?**

**Describe alguna preocupación que tenga acerca del desarrollo de la comunicación de su niño:**

**Describe alguna preocupación que tenga acerca del desarrollo social de su niño:**

**Describe alguna preocupación que tenga acerca de las habilidades de juego, intereses y actividades:**

**Describa alguna preocupación que tenga acerca del estilo de aprendizaje y comportamientos de su niño:**

**Describa cualquier otra preocupación o información que crea que es importante que nosotros sepamos.**

### DIAGNOSTICOS PREVIOS Y REPORTEES

*Para atenderlo de la manera más efectiva y rápida posible, requerimos que nos envíen copias de evaluaciones previas. Si tiene alguna pregunta acerca de éste proceso o necesita asistencia para fotocopiar los reportes, por favor no dude en contactar al Centro TEACCH de su localidad. Necesitamos copias de todos los reportes de las evaluaciones previas antes de poder concertar una cita.*

**1) ¿Alguna vez le han realizado a su niño una evaluación de ASD, Autismo, Síndrome de Asperger o PDD-NOS a través del sistema escolar, a través de un psicólogo o de un médico?    Sí    No**

De ser afirmativa, quién: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, marque uno:    Reporte(s) anexos    Reporte(s) serán enviados en un sobre aparte

**2) ¿A su niño le han realizado alguna prueba del desarrollo o prueba de inteligencia (IQ test)?    Sí    No**

De ser afirmativa, quién: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, marque uno:    Reporte(s) anexos    Reporte(s) serán enviados en un sobre aparte

**3) ¿A su niño le han realizado alguna evaluación del comportamiento o de salud mental? (por preocupaciones como ADHD, depresión, ansiedad, psicosis, conducta, etc.)    Sí    No**

De ser afirmativa, quién: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, marque uno:    Reporte(s) anexos    Reporte(s) serán enviados en un sobre aparte

**4) ¿A su niño le han realizado algún otro tipo de evaluación por otras discapacidades o preocupaciones? (ej. OT, evaluaciones médicas)    Sí    No**

De ser afirmativa, quién: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, marque uno:    Reporte(s) anexos    Reporte(s) serán enviados en un sobre aparte

**Persona que llenó este cuestionario:** \_\_\_\_\_

**Parentesco con el niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

*Una vez que haya completado las formas, por favor envíelas al Centro TEACCH de su localidad*