

Forma del historial para el cliente

Para ser completado por el Centro TEACCH

Centro:		Condado:		Caso #:	
Unidad del hospital UNC (si está disponible) #:		Fecha del referido:			

INFORMACION DEL CLIENTE										Forma completada el día:		
Primer nombre:			Prefiere que lo llamen:				Segundo nombre:					
Apellido:		Sufijo:	Jr.	Sr.	III	IV	Fecha de nacimiento:		(mes/día/año)			
Sexo asignado al nacer:		Masculino	Femenino	Incierto	Pronombres:		El/ellos	Ella/ellas	Elle/elles	Otro:		
Identidad de género:		Masculino	Femenino	No-binario	Prefiero no revelar		Otro:					

¿Quién lo refirió a TEACCH?	Usted mismo	Otro, por favor especifique:									
------------------------------------	-------------	------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Razón por la cual fue referido:											
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Necesita una evaluación diagnóstica para un Trastorno del Espectro del Autismo (TEA)						Tiene un diagnóstico de TEA y necesita una evaluación actualizada para mantener los servicios					
Tiene un diagnóstico de TEA y necesita servicios de tratamiento											

Raza del cliente:		Indoamericano/nativo de Alaska		Indio asiático		Negro/afroamericano		Chino		Filipino		Guameño		Japonés	
Coreano		Nativo de Hawái		Otro asiático		Otras islas del pacífico		Otra raza		Prefiero no contestar					
Samoano		Desconozco		Vietnamita		Blanco									

Grupo étnico:		Otro hispano, latino/a o de origen español				Cubano		Mexicano, mexicanoamericano, chicano/a				Prefiero no contestar	
No hispano, latino/a o de origen español				Puertorriqueño		Desconozco							

¿El cliente es su propio guardián?		Si	No	Afiliación religiosa (opcional):							
---	--	----	----	---	--	--	--	--	--	--	--

Adaptaciones bajo la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés)											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dificultades auditivas		No	Si	No se pudo obtener		Discapacidad de la vista		No	Si	No se pudo obtener					
Sordo	No	Si	No se pudo obtener		Ciego	No	Si	No se pudo obtener		Discapacidad física		No	Si	No se pudo obtener	
Discapacidad del habla		No	Si	No se pudo obtener		Discapacidad de la memoria		No	Si	No se pudo obtener					

Dirección de su domicilio:										Suite o Apto. #:		
Ciudad:				Estado				Código Postal		Condado		
Correo electrónico:						Teléfono casa:						
Teléfono celular:						Teléfono trabajo:						

Estado civil del cliente:		Soltero	Casado	Separado	Divorciado	Divorciado, vuelto a casar		Viviendo con su compañero de vida			
----------------------------------	--	---------	--------	----------	------------	----------------------------	--	-----------------------------------	--	--	--

¿Alguien le estará acompañando a las citas en TEACCH?				Si	No						
---	--	--	--	----	----	--	--	--	--	--	--

De ser afirmativo, nombre de la persona:						Relación:					
--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--

Actualmente vive:		Solo, independiente		Con cónyuge/pareja		Independiente con amigos/compañeros de piso				Con ambos padres biológicos	
Con el padre biológico		Con la madre biológica		Con padre biológico y pareja no-bio		Con madre biológica y pareja no-bio					
Con padre(s) adoptivo(s)		Con padre(s) de acogida		Hogar comunitario		En apartamento, con supervisión		Con otro, ¿quién?			

Idioma que se habla en el hogar:				¿Necesitará de un intérprete?		Si	No	De ser afirmativo, ¿Qué idioma?			
---	--	--	--	-------------------------------	--	----	----	---------------------------------	--	--	--

INFORMACION DE LA POLIZA DE SEGURO

****Por favor, complete esta sección y envíenos una copia de la parte de adelante y de atrás de la tarjeta del seguro de salud.**

Nombre de la compañía de seguro:				Grupo #:							
----------------------------------	--	--	--	----------	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del titular de la póliza:				Fecha de nacimiento del titular de la póliza:				Relación con el cliente:			
----------------------------------	--	--	--	---	--	--	--	--------------------------	--	--	--

Número de la póliza + sufijo:				Fecha efectiva de la póliza:							
-------------------------------	--	--	--	------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del proveedor de atención médica (requerido):				Nombre del consultorio de atención médica:							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección para los reclamos del seguro:				Número telefónico de servicios al consumidor:							
---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

INFORMACION DE LA POLIZA DE SEGURO SECUNDARIA									
<i>**Por favor, complete esta sección y envíenos una copia de la parte de adelante y de atrás de la tarjeta del seguro de salud.</i>									
Nombre de la compañía de seguro secundaria:					Grupo #:				
Nombre del titular de la póliza:			Fecha de nacimiento del titular de la póliza:			Relación con el cliente:			
Número de la póliza + sufijo:				Fecha efectiva de la póliza:					
Nombre del proveedor de atención médica (requerido):					Nombre del consultorio de atención médica:				
Dirección para los reclamos del seguro:					Número telefónico de servicios al consumidor:				
¿Hay una 3era. póliza de seguro?		Si		No					

INFORMACION VOCACIONAL (para clientes que son adultos):									
Durante el día, el cliente adulto actualmente:			Está desempleado		Va a la escuela		Nombre de la escuela:		
Ocupación:			Lugar de empleo:			Período de tiempo en el trabajo:			
Asiste a un programa durante el día		Nombre del programa:			Otro (especifique):				

INFORMACION DEL 1er. PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL										¿Es este padre/madre/cuidador, un tutor legal?		Si	No
Primer nombre:			Segundo nombre:			Apellido:							
Sufijo:	Jr.	Sr.	III	IV	Relación con el cliente:								
Dirección de su domicilio:							Suite o Apto. #:						
Ciudad:			Estado:		Código Postal		Condado:						
Correo electrónico:				Teléfono casa:									
Teléfono celular:			Teléfono del trabajo:			Fecha de nacimiento: (mes/día/año)							
Raza:	Indoamericano/nativo de Alaska		Indio asiático		Negro/afroamericano		Chino	Filipino	Guameño	Japonés			
	Coreano	Nativo de Hawái	Otro asiático	Otras islas del pacífico		Otra raza		Prefiero no contestar					
	Samoano	Desconozco	Vietnamita	Blanco									
Grupo étnico:	Otro hispano, latino/a o de origen español			Cubano		Mexicano, mexicanoamericano, chicano/a			Prefiero no contestar				
			No hispano, latino/a o de origen español		Puertorriqueño		Desconozco						
Nivel más alto de educación que completó:			Graduado/Título profesional		BA, BS o título de 4 años		Título de escuela técnica		Título de asociado				
			Graduado de Educación Secundaria		Diploma GED		1-3 años de Educación Secundaria		Completó hasta el noveno grado				
			Completó menos de noveno grado		Lugar de empleo:								

INFORMACION DEL 2do. PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL										¿Es este padre/madre/cuidador un tutor legal?		Si	No
Primer nombre:			Segundo nombre:			Apellido:							
Sufijo:	Jr.	Sr.	III	IV	Relación con el cliente:								
Dirección de su domicilio:							Suite o Apto. #:						
Ciudad:			Estado:		Código Postal:		Condado:						
Correo electrónico:				Teléfono casa:									
Teléfono celular:			Teléfono del trabajo:			Fecha de nacimiento: (mes/día/año)							
Raza:	Indoamericano/nativo de Alaska		Indio asiático		Negro/afroamericano		Chino	Filipino	Guameño	Japonés			
	Coreano	Nativo de Hawái	Otro asiático	Otras islas del pacífico		Otra raza		Prefiero no contestar					
	Samoano	Desconozco	Vietnamita	Blanco									
Grupo étnico:	Otro hispano, latino/a o de origen español			Cubano		Mexicano, mexicanoamericano, chicano/a			Prefiero no contestar				
			No hispano, latino/a o de origen español		Puertorriqueño		Desconozco						
Nivel más alto de educación que completó:			Graduado/Título profesional		BA, BS o título de 4 años		Título de escuela técnica		Título de asociado				
			Graduado de Educación Secundaria		Diploma GED		1-3 años de Educación Secundaria		Completó hasta el noveno grado				
			Completó menos de noveno grado		Lugar de empleo:								

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES				¿Los padres están casados entre sí?		Si	No	Fecha de matrimonio:	
¿Los padres están separados o divorciados?		Separados	Divorciados	Viudos	Fecha de separación o divorcio:				
Si están divorciados o separados, por favor indique el acuerdo para la custodia:				Compartida	Única	¿Cuál de los padres?			
Por favor, esté preparado para compartir la documentación del acuerdo de la custodia		Otro (describa):							

INFORMACION DE OTRA PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO							¿Es este cuidador un tutor legal?		Si	No
Primer nombre:		Segundo nombre:			Apellido:					
Sufijo:	Jr.	Sr.	III	IV	Relación con el cliente:					
Dirección de su domicilio:								Suite o Apto.#:		
Ciudad:				Estado:		Código Postal:		Condado:		
Correo electrónico:						Teléfono casa:				
Teléfono celular:			Teléfono trabajo:			Fecha de nacimiento:				

INFORMACION DE LOS HERMANOS DEL CLIENTE															
Primer nombre solamente	Fecha de nacimiento mes/día/año	Género (Masculino, Femenino, Otro)			Relación con el cliente					¿El hermano(na) tiene un Trastorno del Espectro del Autismo?		Otro trastorno del desarrollo o de la salud	¿El hermano(na) vive en casa con el cliente?		
		M	F	O	Total	hermanastro	Medio (M)	Medio (P)	de acogida/adoptado	Si	No		Si	No	

DESCENDIENTES BIOLÓGICOS DEL CLIENTE (para clientes que son adultos):										
Primer nombre solamente	Fecha de nacimiento mes/día/año	Género (Masculino, Femenino, Otro)			¿El descendiente tiene un Trastorno del Espectro del Autismo?		Otro trastorno del desarrollo o de la salud	¿El descendiente vive actualmente en casa con el cliente?		
		M	F	O	Si	No		Si	No	

¿Quién más vive en casa con usted? (cónyuge, pareja, niños, amistades, tías, tíos, abuelos, etc.)			
Nombre:		Relación con el cliente:	
Nombre:		Relación con el cliente:	
Nombre:		Relación con el cliente:	

HISTORIAL DE LAS PREOCUPACIONES – Para ser completado por los padres					
¿Cuándo se preocupó por primera vez acerca del desarrollo de su niño?	Edad en meses:		0	Edad en años:	
¿Cuáles fueron sus preocupaciones en aquel momento?					
¿Cuándo le pareció lo suficientemente serio como para buscar ayuda profesional?	Edad en meses:		0	Edad en años:	
¿A qué profesionales (si es el caso) les consultó usted?					
¿Qué le dijo él/ella?					
¿Qué diagnósticos ha recibido su niño?					
¿Su niño tuvo un período de tiempo en el que parecía que él/ella perdía una gran cantidad de habilidades?				Si	No
¿A qué edad?		¿Qué tan largo fue este período?			

INFORMACION DEL EMBARAZO Por favor, marque cualquiera de los siguientes que hayan ocurrido durante el embarazo de este niño:					
nausea y vómitos excesivos	manchas y/o sangramientos	sarampión alemán (rubéola)	toxemia		
otras enfermedades infecciosas, influenza	infección del riñón y/o vejiga	presión sanguínea alta	uso del alcohol		
dificultad para concebir	anemia (baja en hierro)	fumar	parto prematuro		
tratamiento de fertilidad	fertilización in-vitro	incompatibilidad RH	tensión emocional		
ultrasonido	amniocentesis	hospitalización durante el embarazo	accidentes		
otros estudios diagnósticos prenatales	problemas médicos no relacionados con el embarazo		tensión física		
visitas médicas regulares para el cuidado prenatal, primera visita durante el mes #:					
medicamentos con receta médica (especifique):					
medicamentos sin receta médica (especifique):					
otro (por favor, especifique):					
¿Hubo algunos problemas durante otros embarazos? (incluya elementos enumerados anteriormente, así como también dificultades para concebir, abortos espontáneos, mortinatos, nacimientos prematuros) Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique a continuación:				Si	No

HISTORIAL DEL NACIMIENTO DEL CLIENTE										Semanas de gestación:		Peso al nacer:		lbs.	oz.
Hospital donde nació el niño:					Ciudad:					Estado:					
Puntuación de APGAR (rango 1-10)			#1	#2											
Parto:	sin complicaciones		partos múltiples		parto de nalgas		cesárea		fórceps		cordón alrededor del cuello				
Otras complicaciones del parto, especifique:															

HISTORIA NEONATAL					Por favor, marque cualquiera de los siguientes que hayan aplicado durante el primer mes.									
problemas para respirar			ataques/convulsiones		cianosis (piel azul)		llanto excesivo		ictericia (piel amarilla)		problemas de alimentación			
infecciones		problemas para dormir		muy inactivo		recibió cuidados en la unidad intensiva neonatal					alimentado con leche materna			
¿Algún otro problema neonatal? Por favor, especifique:														

HISTORIA MEDICA		Por favor marque cualquiera de los siguientes con los cuales el cliente haya tenido contacto.				Frecuencia	Actualmente	En el pasado
PEDIATRA o MEDICO DE ATENCION PRIMARIA	Nombre:							
INTERVENCION TEMPRANA o TERAPEUTA DEL DESARROLLO	Nombre:							
	¿A través del CDSA?	Si	No					
TERAPEUTA DEL HABLA	Nombre:	En la escuela		En la comunidad				
TERAPEUTA OCUPACIONAL	Nombre:	En la escuela		En la comunidad				
TERAPEUTA FISICO	Nombre:							
AUDIOLOGO	Nombre:							
TERAPEUTA ABA	Nombre:							
PSICOLOGO	Nombre:							
PSIQUIATRA	Nombre:							
TRABAJADOR SOCIAL/CONSEJERO	Nombre:							
NEUROLOGO	Nombre:							
OTORRINOLARINGOLOGO	Nombre:							
OFTALMOLOGO	Nombre:							
OTRO (especifique):	Nombre:							

¿El cliente ha tenido algunos de los siguientes? Por favor indique la edad					
marque	condición	edad	marque	condición	edad
	Abuso o negligencia			Pruebas genéticas/estudios de cromosomas, <i>Indique los resultados:</i>	
	Accidentes <i>especifique:</i>			Dolores de cabeza/Migrañas, <i>especifique:</i>	
	Alergias			Perdida de la audición	
	Asma			Enfermedades del corazón	
	Trastorno autoinmune - tiroides, lupus, esclerosis múltiple <i>especifique:</i>			síndrome del intestino irritable	
	Infección de la vejiga o del riñón			Malnutrición	
	Cáncer			Meningitis y/o encefalitis	
	Parálisis cerebral			Obesidad	
	Varicela, sarampión, paperas, <i>especifique:</i>			Envenenamiento	
	Infección crónica (TB, citomegalovirus, herpes, VIH) <i>especifique:</i>			Ataques/convulsiones	
	Estudios cerebrales del SNC (Imagen Resonancia Magnética, Tomografía, electroencefalograma) <i>especifique:</i>			Reacción severa a las inmunizaciones	
	Conmoción cerebral, lesión en la cabeza, <i>especifique si perdió el conocimiento: Si No</i>			Cirugía, <i>especifique:</i>	
	Diabetes			Tonsilitis, recurrente	
	Diarrea, severa con deshidratación			Tos ferina (Pertusis)	
	Infecciones del oído, recurrentes			Hospitalización (por razones médicas)	
	Problemas del ojo y/o de la visión			Hospitalización (por razones conductuales o psiquiátricas)	
	Encopresis o incontinencia fecal			Amenazas y/o intentos de autolesión	
	Enuresis o incontinencia nocturna			Amenazas y/o intentos de hacerle daño a otros	
	Desmayos			Otras experiencias de trauma, <i>especifique:</i>	
				Otro, <i>especifique:</i>	

Por favor, marque cualquiera de los siguientes diagnósticos del comportamiento o psiquiátricos que el cliente haya recibido a lo largo de los años, independientemente de su usted cree que en la actualidad aplican y, especifique quién hizo ese diagnóstico(s).

marque	Diagnóstico	En caso afirmativo, ¿por quién?
	Trastorno del Espectro del Autismo, Síndrome de Asperger, (PDD-NOS)	
	Alcoholismo	
	Trastorno de Ansiedad/Trastorno Obsesivo Compulsivo	
	Trastorno del Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	
	Trastorno Bipolar/ Depresión	
	Trastorno de Comunicación, Retrasos en el habla o lenguaje	
	Depresión	
	Retraso en el Desarrollo	
	Trastorno Genético, <i>especifique:</i>	
	Discapacidad Intelectual (conocida anteriormente como Retardo Mental)	
	Discapacidad del Aprendizaje	
	Trastorno del Estado de Animo	
	Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	
	Trastorno de la Personalidad	
	Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT)	
	Trastorno de Psicosis/Esquizofrenia	
	Dificultades con la lectura	
	Dificultades en la escuela	

	Abuso o dependencia de sustancias	
	Otro, especifique:	

¿Qué medicamento(s) y/o vitaminas ha tomado el cliente o toma actualmente?			
Medicamento:		Fecha(s):	
Razón/Eficacia:		¿Quién prescribió el medicamento?	
Medicamento:		Fecha(s):	
Razón/Eficacia:		¿Quién prescribió el medicamento?	
Medicamento:		Fecha(s):	
Razón/Eficacia:		¿Quién prescribió el medicamento?	
Medicamento:		Fecha(s):	
Razón/Eficacia:		¿Quién prescribió el medicamento?	

HISTORIA DEL DESARROLLO – para ser completado por el padre/madre del cliente

Logros del desarrollo: en la medida en que pueda recordar, por favor indique la edad en que su niño hizo las siguientes cosas:

Logro	edad	Logro	edad	Logro	edad	
Alimentación		Motricidad		Comunicación Social		
Dejar el biberón		Darse vuelta		Sonreír		
Beber de un vaso sin ayuda		Alcanzar objetos		Seguir con la mirada		
Comenzar a comer comida sólida		Sentarse sin apoyo		Hacer sonidos simples (balbuceo)		
Comer solo y con cuchara		Gatear		Decir su primera palabra		
Ir al baño		Empujarse para pararse		Usar palabras todos los días		
Control esfínteres – durante el día		Pararse sin apoyo		Combinar palabras en oraciones cortas		
Control esfínteres – durante la noche		Caminar utilizando muebles como apoyo		Habilidades para vestirse		
Control para evacuar – durante el día		Caminar solo		Desvestirse solo		
Control para evacuar – durante la noche		Montar un triciclo		Desvestirse solo		
Fue al baño solo				Abotonarse la ropa		
				Amarrar las trenzas de los zapatos		
Por favor, estime el tamaño del vocabulario del niño actualmente:			Sin palabras	1 a 5 palabras	10 a 25 palabras	25 a 50 palabras
50 a 75 palabras	75 a 100 palabras	Mas de 100 palabras				

ARBOL GENEALOGICO
 Si alguno de los familiares biológicos del cliente ha tenido alguna de las siguientes condiciones, por favor marque la casilla que corresponde a la relación de la persona con el cliente, al lado de la condición. (M) = Materno (P) = Paterno

CONDICION	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela Materna	Abuelo Materno	Tia Materna	Tio Materno	Primo hno. Mat.	Abuela Paterna	Abuelo Paterno	Tia Paterna	Tio Paterno	Primo hno. P
	M	P	H	H	LADO MATERNO					LADO PATERNO				
					AM	AM	TM	TM	PM	AP	AP	TP	TP	PP
Trastorno del Espectro del Autismo, Síndrome de Asperger, (PDD-NOS)														
Trastorno del Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)														
Alcoholismo														
Trastorno de Ansiedad/Trastorno Obsesivo Compulsivo														
Trastornos Autoinmunes (tiroides, EM, lupus) <i>especifique:</i>														
Trastorno Bipolar														
Debilidad Muscular Parálisis Cerebral														
Trastorno de Comunicación														
Convulsiones, Ataques, Epilepsia														
Depresión														
Retraso en el Desarrollo, Retrasos en el Habla														
Trastorno Genético <i>especifique:</i>														
Perdida de la Audición														
Discapacidad Intelectual (conocida anteriormente como Retardo Mental)														
Trastorno del Estado de Animo														
Trastorno Psicótico														
Dificultades con la lectura														
Dificultades en la escuela														
Deficiencia visual severa														
Abuso o dependencia de sustancias														
Otro, <i>especifique:</i>														

Para ser completado por el padre/madre del cliente de aquellos clientes que sean niños

UBICACION ACTUAL EN LA ESCUELA Escuela: _____

Marque cualquiera de los que a continuación apliquen: Grado: _____ Maestro: _____

<input type="checkbox"/> Apoyo de recursos	<input type="checkbox"/> Salón de clases separado, de educación especial	<input type="checkbox"/> Habla y Lenguaje	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional
<input type="checkbox"/> Salón de clases regular	<input type="checkbox"/> Actualmente mi niño no está matriculado en la escuela	<input type="checkbox"/> Educación en casa (Homeschooled)	

Su niño tiene un: (marque todos los que apliquen): IFSP IEP 504 Plan

Si tiene un Plan Individualizado Académico (IEP), ¿su niño tiene una clasificación educativa de autismo? Si No

EXPERIENCIA ESCOLAR PREVIA

Nombre de la escuela/preescolar o guardería	Ciudad	Recibió servicios de educación especial		Grados
		Si	No	

¿Ha tenido su niño dificultades pasadas o actuales en la escuela? Si No Si su respuesta es afirmativa, por favor describa a continuación:

INFORMACION EDUCATIVA/VOCACIONAL para el cliente adulto					
Educación más alta completada	Graduado/Título Profesional	BA, BS o título de 4 años de estudio	Título de escuela técnica	Diploma de Asociado	
Graduado de Escuela Secundaria	Diploma GED	1-3 años de Escuela Superior	Completó hasta el 9no. grado	Completó menos de 9no. grado	
¿Recibió usted asistencia especial en la escuela?	Si	No	De ser afirmativo, por favor describa el tipo de asistencia académica adicional o ubicación en la clase especial:		

INFORMACION DEL REFERIDO	
Soy el padre/madre describiendo las preocupaciones acerca de mi niño(a)	Soy un cliente adulto describiendo mis propias preocupaciones
¿Por qué la persona que hizo el referido piensa que debe contactar a TEACCH?	
¿Cuáles son sus preocupaciones principales actualmente?	
¿Qué espera que el Centro TEACCH le pueda proporcionar a usted/a su familia?	
Describa cualquier preocupación que usted tenga acerca de las habilidades de comunicación y del desarrollo del cliente:	
Describa cualquier preocupación que usted tenga acerca de las habilidades sociales y del desarrollo del cliente:	
Describa cualquier preocupación que usted tenga acerca de los intereses y actividades del cliente (o habilidades de juego si el cliente es un niño):	
Describa cualquier preocupación que usted tenga acerca del estilo de aprendizaje y comportamiento del cliente:	

--

Para los clientes adultos: Describa cualquier preocupación que usted tenga acerca de la habilidad del cliente para mantener un trabajo, funcionar en comunidad o vivir de forma independiente:

--

Describa cualquier preocupación o información que usted piense que es importante que nosotros sepamos:

--

Persona que completó este cuestionario:	
Relación con el cliente:	
Fecha:	

DIAGNOSTICOS PREVIOS Y REPORTES

Para atenderlo con la mayor eficacia y rapidez posible, le solicitamos que nos envíe copias de evaluaciones anteriores. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso o necesita ayuda para obtener copias de los informes, POR FAVOR no dude en comunicarse con su Centro TEACCH local. Necesitamos todos los informes de evaluación previos antes de que programemos una cita.

¿Alguna vez ha recibido una evaluación de un Trastorno del Espectro del Autismo, Autismo, Síndrome de Asperger o PDD-NOS por parte del sistema de las escuelas, un psicólogo o de un médico? Si No

En caso afirmativo, ¿por quién? Nombre: Ciudad/Estado:

Por favor, marque uno: Reporte (s) anexos Reporte(s) serán enviado(s) en un correo aparte

¿Alguna vez ha recibido alguna prueba del desarrollo, cognitiva, de aptitud o prueba de coeficiente intelectual? Si No

En caso afirmativo, ¿por quién? Nombre: Ciudad/Estado:

Por favor, marque uno: Reporte (s) anexos Reporte(s) serán enviado(s) en un correo aparte

¿Alguna vez ha recibido alguna evaluación conductual o de salud mental (por preocupaciones como el Déficit de Atención con Hiperactividad, depresión, ansiedad, psicosis, conducta, etc.)? Si No

En caso afirmativo, ¿por quién? Nombre: Ciudad/Estado:

Por favor, marque uno: Reporte (s) anexos Reporte (s) serán enviado(s) en un correo aparte

Alguna vez ha recibido algún otro tipo de evaluación para otras discapacidades o preocupaciones? (por ejemplo, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla, evaluaciones medicas) Si No

En caso afirmativo, ¿por quién? Nombre: Ciudad/Estado:

Por favor, marque uno: Reporte (s) anexos Reporte (s) será enviado en un correo aparte

---Por favor, envíe los formularios completados al Centro TEACCH de su localidad---