

## 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:	

<b>INFORMACION DEL CLIENTE</b>										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:				

<b>¿Quién lo referirá a TEACCH?</b>		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													
<b>Raza del cliente:</b>		Afroamericano o Negro		Indio-americano/Nativo de Alaska			Asiático	Otras islas del pacífico		Más de una raza			
Blanco	Nativo de Hawái	Otro (especifique):									Grupo étnico:	Hispano o Latinx	No Hispano o Latinx
<b>¿El cliente es su propio guardián?</b>		Si	No	<b>Afiliación religiosa (opcional):</b>									

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

<b>Estado civil del cliente:</b>		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:					
<b>Actualmente vive:</b>		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?				
<b>Idioma que se habla en el hogar:</b>				¿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:		
Numero 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

*\*\*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 secundaria:				Grupo #:					
Nombre del titular de la póliza:			Fecha de nacimiento del titular de la póliza:			Relación con el cliente:			
Numero de la póliza + sufijo:				Fecha efectiva de la póliza:					
Nombre del proveedor de atención médica (requerido):				Nombre del consultorio de atención medica:					
Dirección para los reclamos del seguro:				Número telefónico de servicios al consumidor:					
<b>¿Hay una 3era. póliza de seguro?</b>		Si	No						

<b>INFORMACION VOCACIONAL (para clientes que son adultos):</b>									
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):				

<b>INFORMACION DEL 1er. PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL</b>										¿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)					<b>Grupo Étnico:</b>		Hispano o Latinx		No Hispano o Latinx				
<b>Raza:</b>		Afroamericano o Negro		Indio americano/Nativo de Alaska		Asiático		Otras islas del pacífico					
Blanco		Nativo de Hawái		Más de una raza		Otro (especifique):							
<b>Nivel más alto de educación que completó:</b>			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:										

<b>INFORMACION DEL 2ndo. PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL</b>										¿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)					<b>Grupo Étnico:</b>		Hispano o Latinx		No Hispano o Latinx				
<b>Raza:</b>		Afroamericano o Negro		Indio americano/Nativo de Alaska		Asiático		Otras islas del pacífico					
Blanco		Nativo de Hawái		Más de una raza		Otro (especifique):							
<b>Nivel más alto de educación que completó:</b>			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:										

<b>ESTADO CIVIL DE LOS PADRES</b>										¿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):												

<b>INFORMACION DE OTRA PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO</b>										¿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 (F)	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:	

<b>HISTORIAL DE LAS PREOCUPACIONES – Para ser completado por los padres</b>					
¿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?			

<b>INFORMACION DEL EMBARAZO</b> Por favor, marque cualquiera de los siguientes que hayan ocurrido durante el embarazo de este niño:					
<input type="checkbox"/>	nausea y vómitos excesivos	<input type="checkbox"/>	manchas y/o sangramientos	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	otras enfermedades infecciosas, influenza	<input type="checkbox"/>	infección del riñón y/o vejiga	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	dificultad para concebir	<input type="checkbox"/>	anemia (baja en hierro)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	tratamiento de fertilidad	<input type="checkbox"/>	fertilización in-vitro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ultrasonido	<input type="checkbox"/>	amniocentesis	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	otros estudios diagnósticos prenatales	<input type="checkbox"/>	problemas médicos no relacionados con el embarazo	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	visitas médicas regulares para el cuidado prenatal, primera visita durante el mes #:				
<input type="checkbox"/>	medicamentos con receta médica (especifique):				
<input type="checkbox"/>	medicamentos sin receta médica (especifique):				
<input type="checkbox"/>	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

<b>HISTORIAL DEL NACIMIENTO DEL CLIENTE</b>				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:											

<b>HISTORIA NEONATAL</b>				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:											

<b>HISTORIA MEDICA</b>		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			
		En la escuela		En la comunidad			
TERAPEUTA OCUPACIONAL	Nombre:						
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, <i>especifique:</i>	

¿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
<b>Alimentación</b>		<b>Motricidad</b>		<b>Comunicación Social</b>	
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	
<b>Ir al baño</b>		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		<b>Habilidades para vestirse</b>	
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
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		Tía Materna		Tío Materno		Primo hno. Mat.		Abuela Paterna		Abuelo Paterno		Tía Paterna		Tío 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**

<b>UBICACION ACTUAL EN LA ESCUELA</b>		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					Educación en casa (Homeschooled)	
Su niño tiene un: (marque todos los que apliquen):				<input type="checkbox"/>	IFSP	<input type="checkbox"/>	IEP	<input type="checkbox"/>	504 Plan					
Si tiene un Plan Individualizado Académico (IEP), ¿su niño tiene una clasificación educativa de autismo?								<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	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?		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Si su respuesta es afirmativa, por favor describa a continuación:		



<b>INFORMACION EDUCATIVA/VOCACIONAL para el cliente adulto</b>					
<b>Educación más alta completada</b>	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:		

<b>INFORMACION DEL REFERIDO</b>	
<b>Soy el padre/madre describiendo las preocupaciones acerca de mi niño(a)</b>	<b>Soy un cliente adulto describiendo mis propias preocupaciones</b>
¿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:	

