

Historial para Padres/Representantes de Clientes Adultos (de 18 años o más)

Para ser completado por el Centro TEACCH

Centro: _____ Caso #: _____

Unidad del Hospital de UNC# (si está disponible): _____ Fecha en que fue referido: _____

INFORMACION DEL CLIENTE ADULTO

Fecha en que se completó esta forma: _____
mes / día / año

Primer 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

Afiliación Religiosa (opcional): _____

Actualmente vive:

Independientemente	Con cónyuge o compañero(a)	Con amistades	Con ambos padres biológicos
Con padre biológico	Con madre biológica	Con padre biológico y madrastra	Con madre biológica y padrastro
Con padres adoptivos	Con padres de acogida	En una Casa Hogar	En un apartamento bajo supervisión

Con parientes, ¿quiénes? _____

Raza del Cliente:

Afroamericano o negro	Nativo de Norteamérica/Alaska	Asiático	Blanco	Nativo de Hawaii
Otras Islas del Pacífico	Más de una raza	Otra (especifique): _____		

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

¿El cliente es su propio representante? Sí No

En Carolina del Norte, todas las personas mayores de 18 años de edad a las que un juez no les haya transferido legalmente a otras personas sus derechos para administrar su dinero y sus cuidados médicos, son sus propios representantes.

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 adulto: _____

Calle o Dirección Postal: _____ Suite o Apto. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono Principal: (_____) _____ - _____

Teléfono 1: (_____) _____ - _____ Teléfono 2: (_____) _____ - _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Grupo Etnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino
mes día año

Raza:

Afroamericano o negro Nativo de Norteamérica/Alaska Asiático Blanco Nativo de Hawaii
Otras Islas del Pacifico Más de una raza Otra (especifique): _____

Educación (marque el nivel más alto que haya completado):

Graduado/Título Profesional BA, BS o título de 4 años Título de Escuela Técnica
Diplomado Graduado de Bachiller Certificado de Equivalencia de Estudios
1-3 años de Bachillerato Completó hasta noveno grado Completó menos que hasta noveno grado
Secundarios (GED diploma)

Lugar de Trabajo: _____

Dirección del Lugar de Trabajo: _____ Teléfono (_____) _____ - _____

INFORMACION DE LOS PADRES (#2)/TUTOR LEGAL

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Sufijo: Jr. Sr. III IV Relación con el adulto: _____

Calle o Dirección Postal: _____ Suite o Apto. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono Principal: (_____) _____ - _____

Teléfono 1: (_____) _____ - _____ Teléfono 2: (_____) _____ - _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Grupo Etnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza:

Afroamericano o negro Nativo de Norteamérica/Alaska Asiático Blanco Nativo de Hawaii
Otras Islas del Pacifico Más de una raza Otra (especifique): _____

Educación (marque el nivel más alto que haya completado):

Graduado/Título Profesional	BA, BS o título de 4 años	Título de Escuela Técnica
Diplomado	Graduado de Bachiller	Certificado de Equivalencia de Estudios Secundarios (GED diploma)
1-3 años de Bachillerato	Completó hasta noveno grado	Completó menos que hasta noveno grado

Lugar de Trabajo: _____

Dirección del Lugar de Trabajo: _____ **Teléfono ()** _____ - _____

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:** _____

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 DE SU CUIDADO

Primer Nombre: _____ **Segundo Nombre:** _____ **Apellido:** _____

Sufijo: Jr. Sr. III IV **Relación con el adulto:** _____

Dirección de habitación: _____ **Apartamento #:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____ **Condado:** _____

Correo Electrónico _____ **Teléfono Principal:** () _____ - _____

Teléfono 1: () _____ - _____ **Teléfono 2:** () _____ - _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
mes día año

CRONICA DE LAS INQUIETUDES

¿Cuándo fue que se preocupó por primera vez acerca del desarrollo de su hijo/hija?

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

Si su respuesta es afirmativa, **¿A qué edad?** Edad en meses _____ o Edad en años: _____

¿Qué tan largo fue éste periodo? meses: _____ o años: _____

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

¿Qué le dijeron?

¿Qué diagnósticos ha recibido su hijo(a)?

Ubicación actual en la escuela

Escuela: _____ **Maestra:** _____

Salón de Clases: _____ grado regular Apoyo con Recursos de la Escuela Clases separadas de Educación Especial

Su hijo(a) tiene (encierre en un círculo todos los que aplican): IEP Plan 504

Mi hijo(a) no está actualmente inscrito en la escuela

Experiencia escolar previa:

Nombre de la Escuela	Ciudad/Estado	Servicios de Educación Especial Recibidos		Grados
		Si	No	
		Si	No	
		Si	No	
		Si	No	
		Si	No	

¿Su niño ha tenido dificultades (en el pasado o actualmente) en la escuela? Sí No
Si su respuesta es afirmativa, por favor explique:

INFORMACION DEL EMBARAZO

Por favor, marque todos los que apliquen y que hayan ocurrido durante el embarazo de su hijo(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. La 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) **Si** **No**
Si su respuesta es afirmativa, por favor explique

HISTORIA DEL NACIMIENTO DEL CLIENTE ADULTO

Nombre del hospital donde nació el cliente: _____ **Peso al nacer:** _____ **lbs.** _____ **oz.**
Ciudad/Estado: _____

Puntuación de APGAR rango 1-10

#1	#2

Parto:

sin complicaciones	Partos múltiples	Podálico (sentado)
cesárea	forceps	Cordón alrededor del cuello
Otras complicaciones del parto, especifique:		

HISTORIA NEONATAL

Por favor marque a continuación los 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 indique a continuación con quienes haya tenido contacto en relación a su hijo/hija.

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

¿Su hijo/hija 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):				

Por favor marque a continuación los siguientes diagnósticos de comportamiento o psiquiátricos que su hijo/hija haya recibido a lo largo de los años sin tener en cuenta que usted piense si realmente aplican o no en la actualidad.

Marque	Diagnósticos	Marque	Diagnósticos
	Trastorno del Espectro del Autismo (ASD), Autismo, Asperger, Trastorno Generalizado del Desarrollo (PDD)		Depresión
	Discapacidad Intelectual (<i>conocido anteriormente como retardo mental</i>)		Convulsiones
	Discapacidad en el Aprendizaje		Alcoholismo
	Trastorno de ansiedad		Abuso de Drogas
	Trastorno Compulsivo Obsesivo (OCD)		Trastorno de Personalidad
	Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)		Estrés postraumático (PTSD)
	Trastorno Bipolar/Maniaco depresivo		Psicosis/Esquizofrenia
	Trastorno Oposicionista Desafiante (ODD)		Otros (especifique):

¿Qué medicamentos y/o vitaminas ha tomado o está tomando actualmente su hijo/hija?

Medicamento:	Fecha(s):
Razón/Eficacia:	
Medicamento	Fecha(s):
Razón/Eficacia:	
Medicamento:	Fecha(s):
Razón/Eficacia:	
Medicamento:	Fecha(s):
Razón/Eficacia:	

ARBOL GENEALOGICO

Si algún pariente consanguíneo de su hijo/hija ha tenido algunas de las siguientes condiciones, por favor escriba el parentesco de la persona con respecto a su hijo/hija al lado de cada condición. (Por parientes nos estamos refiriendo a los abuelos de su hijo/hija, tíos, tías, 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 drogas 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 hijo/hija logró hacer las cosas que se mencionan a continuación.

Logró	edad	Logró	edad
En cuanto a la comida		Capacidad Motriz	
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	
En cuanto a ir al baño		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		Comunicación para socializar	
Habilidades para vestirse		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 hijo/hija:

- 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

INFORMACION DE LA REFERENCIA

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

Razón por la cual fue referido:

Necesita una evaluación diagnóstica 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 hijo/hija?

¿Qué espera usted que el Centro TEACCH pueda proveerle a su hijo/hija y a su familia?

Describa cualquier otra preocupación o información que usted piense que debemos saber

DIAGNOSTICOS PREVIOS Y REPORTE

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 hijo(a) 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: _____
mes / día / año

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

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

De ser afirmativa, quién: _____ Ciudad/Estado: _____ Fecha: _____
mes / día / año

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

3) ¿A su hijo(a) 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: _____
mes / día / año

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

4) ¿A su hijo(a) 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: _____
mes / día / año

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

Persona que llenó este cuestionario: _____

Parentesco con el cliente: _____ **Fecha:** _____
(mes / día / año)

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