

Para uso oficial de los empleados del CDD:

Fecha de Referido: _____

Numero de CDD: _____

Fecha de Ingreso: _____

Nombre del Niño(a): _____

¿Cómo escuchó sobre el Programa de Adiestramiento a los Padres en el Hogar?

¿Dónde y cuándo fue su niño(a) diagnosticado con trastorno del espectro de autismo?

Historial Familiar

¿Qué idiomas son utilizados en el hogar de su hijo(a)?

¿Quién vive en el hogar de su hijo(a)?

¿Alguien mas cuida a su hijo(a) regularmente?

¿Ha sido su niño(a) impactado por algún cambio familiar grande?

Adopción	Sí	No	Mudanza	Sí	No
Enfermedades graves	Sí	No	Violencia domestica	Sí	No
Cuidado temporero	Sí	No	Divorcio	Sí	No
Nuevo matrimonio	Sí	No	Abuso de sustancias	Sí	No

¿Algún miembro de la familia inmediata del niño(a) tiene algún problema de desarrollo, condición de salud mental o psiquiátrica?

Educación

¿Su niño(a) recibe actualmente servicios terapéuticos/educacionales de:

Un programa de intervención temprana?	Sí	No	Nombre de programa: _____
Un programa escolar?	Sí	No	Nombre de programa: _____
Un programa en la comunidad	Sí	No	Nombre de programa: _____

De ser así, ¿que servicios recibe y cuan a menudo recibe estos servicios?

Preocupaciones Actuales

¿Cómo se comunica su hijo(a) con usted actualmente?

¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su hijo? Si es así; ¿cuáles son sus preocupaciones?

¿Cómo juega su hijo(a) y cómo se lleva con los demás?

¿Su hijo demuestra alguna preocupación sensorial? ¿Su hijo(a) demuestra responder muy poco o demasiado a cierto tipo de estímulo?

¿Usted ha empezado el adiestramiento para ir al baño ya?

¿Existe alguna otra preocupación que usted quiera compartir con nosotros?

Preocupaciones Médicas

¿Tiene su hijo(a) algún otro diagnóstico aparte del trastorno del espectro de autismo?

¿Está su hijo actualmente bajo medicamentos? (Haga una lista de los medicamentos)

¿Su niño(a) alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?:

Hospitalización	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Alergias	Sí	No	Enfermedades significativas	Sí	No
Fracturas	Sí	No	Problemas de la visión	Sí	No
Problemas de audición	Sí	No	Problemas para dormir	Sí	No
Problemas alimenticios	Sí	No			

Por favor describa los síntomas marcados “Sí”:



Por favor envíe su solicitud completa ya sea por correo regular o electrónico a:

**The Autism Programs
Center for Development and Disability
Parent Home Training Program
University of New Mexico
2300 Menaul NE
Albuquerque, New Mexico 87107**

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o este programa, por favor comuníquese con Sylvia J. Acosta al 505-272-4725 o syacosta@salud.unm.edu