



**Unidad de Hospitalización por Autismo de Hospital for Special Care
Cuestionario para padres o tutores**

Fecha: _____

Información demográfica del/de la paciente

Nombre del/de la paciente:		Fecha de nacimiento:	Edad:
Domicilio:			
Nombre preferido:	Pronombres preferidos:	Género asignado al nacer:	
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Elige no divulgar		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay/Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Elige no divulgar	
Raza: <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indígena asiática <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Elige no divulgar			
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispanoamericano/latino <input type="checkbox"/> No hispanoamericano/latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano/indígena mexicano <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Elige no divulgar			
Idioma principal del/de la paciente: Necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma principal de la madre o el padre: Necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Altura:	Peso:	El/La paciente es: <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> No verbal ¿Dispositivo de comunicación aumentativa y alternativa (AAC)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de seguro social:			

Información de los padres o tutores

Nombre:		Vínculo con el/la niño/a:	
Dirección postal: Calle		Ciudad/Estado	Código postal
Contacto principal:		Vínculo con el/la niño/a:	
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:	
Contacto secundario:		Vínculo con el/la niño/a:	
Dirección postal: Calle		Ciudad/Estado	Código postal
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:	

Información sobre el seguro: *Agregue una copia de la credencial del seguro*

Seguro principal:	N.º de identificación:
Nombre del suscriptor:	Vínculo:
Teléfono del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:
Seguro secundario:	N.º de identificación:
Nombre del suscriptor:	Vínculo:
Teléfono del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:



Evaluación diagnóstica de autismo (Aviso: debe adjuntar un informe de evaluación escrito por una psicóloga o médico, de fuera de la escuela, que haya usado una de las siguientes pruebas para diagnosticar autismo: escala de valoración del autismo infantil, CARS; escala de valoración del autismo de Gilliam, GARS o escala de observación para el diagnóstico del autismo, ADOS)

Enumere los prestadores de atención de su hijo/a y su información de contacto:

Psiquiatra:	Número de teléfono:
	Correo electrónico:
Médico de atención primaria:	Número de teléfono:
	Correo electrónico:
Terapeuta	Número de teléfono:
	Correo electrónico:
Prestador de comunicación aumentativa y alternativa (AAC)	Número de teléfono:
	Correo electrónico:
Trabajador/a del Departamento de Niños y Familias (DCF) o de los Servicios de Determinación de Discapacidad (DDS)	Número de teléfono:
	Correo electrónico:
Subespecialista médico	Número de teléfono:
	Correo electrónico:

¿Actualmente su hijo/a toma algún medicamento recetado o de venta libre (incluidas las vitaminas y los suplementos)? Enumérelos aquí:

Medicamento	Para tratar qué problema	Médico que lo recetó



Alimentación actual y alergias a los medicamentos: No se confirmaron alergias a los alimentos
¿Ingiere elementos no alimenticios? (pica) Sí No

Enumere todas las alergias de su hijo/a a los medicamentos, al entorno o si tiene sensibilidades sensoriales:

Describa las conductas problemáticas de su hijo/a, de la más a la menos preocupante:

Conducta	Frecuencia (p. ej., por hora, por semana)	Problemas que causó (p. ej., lesiones, daños a la propiedad)



Describa el patrón de sueño de su hijo/a:

[Empty text box for sleep pattern description]

Cuidado personal o Actividades del diario vivir:

- Va al baño sin ayuda
- Usa pañales
- Coprofilia Otros: _____

¿Su hijo/a necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades?

- Bañarse o ducharse
- Lavarse los dientes
- Comer
- Vestirse

¿Cómo se comunica su hijo/a con usted?

[Empty text box for communication description]

¿A qué edad le diagnosticaron TEA a su hijo/a por primera vez? ¿Quién hizo el diagnóstico?

[Empty text box for TEA diagnosis details]

¿Cuál es el nivel de discapacidad intelectual (DI) de su hijo/a?

- Normal/ninguno
- DI leve
- DI moderada
- DI grave
- DI profunda
- DI no especificada

Si tiene alguno, ¿cuál es el diagnóstico psiquiátrico de su hijo/a? (es decir, trastorno de ansiedad)

[Empty text box for psychiatric diagnosis]

Enumere las consultas anteriores al departamento de emergencias por cuestiones de conducta (incluya la fecha y el centro):

[Empty text box for emergency consultations]

Enumere las hospitalizaciones anteriores por cuestiones de conducta (incluya la fecha y el centro):

[Empty text box for hospitalizations]



¿Le diagnosticaron algún problema médico a su hijo/a? (p. ej.,
reflujo gastroesofágico, diabetes insípida, convulsiones con fecha de la última convulsión)

¿Hay algún procedimiento o equipamiento médico que su hijo/a necesite con regularidad?
(es decir, CPAP, cuidado de heridas, ortesis para pie y tobillo)

¿Qué métodos o técnicas funcionan mejor para ayudar a calmar o tranquilizar a su hijo/a?
¿Cuáles son las fortalezas o los intereses de su hijo/a?

¿Qué cosas típicamente alteran a su hijo/a o hacen que tenga un mal comportamiento?

Servicios actuales (relevo, análisis conductual aplicado en el hogar, etc.):

Metas anticipadas del programa:



Escolaridad:

¿Actualmente su hijo/a está en la escuela? Sí No

Si la respuesta es sí, nombre de la escuela: _____

Distrito Escolar: _____

¿En qué tipo de salón de clases?

Salón tradicional Salón de Ed. Especial Escuela de Ed. Especial No va a la escuela

Otro (describa): _____

Nombre del/de la maestro/a: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo/a recibe servicios fuera de la escuela? Sí No

Si la respuesta es sí, nombre del programa y los servicios que recibe: _____

¿Han atendido a su hijo/a en el Centro de autismo del HFSC? Sí No

Si la respuesta es sí, fecha de la última consulta: _____

Planificación del alta:

Entiendo que mi hijo/a regresará a su situación de vida **actual**, y que Hospital for Special Care no **recomienda ni ubica** en ningún ámbito residencial de rehabilitación. _____ **(Iniciales)**

Recursos: Si los tiene, incluya alguno o todos los siguientes:

- Credencial(es) de seguro de anverso y reverse Historia clínica pertinente o resultados de laboratorio
- Formulario de derivación del profesional clínico Pruebas educativas y último PEI
- Pruebas de TEA Planes o evaluaciones de conducta
- Lista de medicamentos actuales
- Copia del documento del/de la tutor/a o curador/a legal si el/la paciente tiene 18 años de edad o más
- Todo material que considere que ayudaría a entender o hacer planes para su hijo/a

Firma del tutor legal:

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Tenga en cuenta que se revisarán oportunamente todas las derivaciones y que las decisiones de colocación dependen tanto de las necesidades de su hijo/a y de las instalaciones actuales del programa. Las derivaciones se consideran activas durante 30 días y luego, si todavía se necesita hospitalización, se solicitará información clínica actualizada. Alentamos que alerte al equipo en caso de cualquier cambio significativo en la conducta, hospitalización o consultas al departamento de emergencias o cualquier otra cosa que le parezca importante para saber cuándo revisar la derivación.