



Unidad de Hospitalización para Personas con Autismo del Hospital de Cuidados Especiales
Cuestionario para la madre, el padre o el tutor

Fecha: _____

Información demográfica del paciente

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección:			
Nombre preferido:	Pronombre preferido:	Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
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"/> Prefiere no revelarlo		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no revelarlo	
Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Otro de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no revelarlo			
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano estadounidense <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no divulgarlo			
Idioma principal del paciente: Necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma principal de la madre/del padre: Necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estatura:	Peso:	El paciente: <input type="checkbox"/> Se expresa verbalmente <input type="checkbox"/> No se expresa verbalmente	
Número del Seguro Social:			

Información de la madre/del padre/del tutor

Nombre:		Relación con el menor:	
Dirección postal: Calle		Ciudad/Estado:	Código postal
Contacto principal:		Relación con el menor:	
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:	
Contacto secundario:		Relación con el menor:	
Dirección postal: Calle		Ciudad/Estado:	Código postal
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:	

Información del seguro:

Por favor, adjunte una copia de la tarjeta del seguro

Seguro primario:	Número de identificación:
Nombre del suscriptor:	Relación:
Teléfono del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:
Seguro secundario:	Número de identificación:
Nombre del suscriptor:	Relación:



Evaluación diagnóstica de autismo (Nota: Debe adjuntar el informe escrito de la evaluación de un psicólogo o médico, externo a la escuela, que haya usado una de las siguientes pruebas para diagnosticar autismo: Escala de autismo infantil, Escala de evaluación de autistas de Gilliam, Escala de observación para el diagnóstico del autismo [CARS, GARS, o ADOS, por sus siglas en inglés, respectivamente)

[Empty box for diagnostic evaluation report]

Enumere los proveedores de atención de su hijo(a) con su información de contacto:

Table with 2 columns: Provider Name and Contact Information (Phone and Email). Rows include Psychiatrist, Primary Care Doctor, Therapist, Behavioral Analyst (ABA), Developmental Services (DCF/DDS), and Medical Subspecialist.

¿Toma su hijo actualmente algún medicamento recetado o de venta libre (incluso vitaminas y suplementos)?

Enumérelos aquí:

Table with 3 columns: Medication, Problem being treated, and Prescribing Doctor. Multiple empty rows for listing medications.



Enumere cualquier alergia que su hijo(a) tenga a los medicamentos o al entorno/sensibilidades sensoriales:

Dieta actual y alergias alimentaria

Ninguna alergia alimentaria conocida

Describe los comportamientos problemáticos que presenta su hijo(a), de más a menos preocupante:

Comportamiento problemático	Frecuencia (p. ej., cada hora, semanalmente)	Problemas que ocasiona (p. ej., lesiones, daño a la propiedad)



Describe el patrón de sueño de su hijo(a):

Autocuidado/Actividades de la vida diaria:

Control de esfínteres Usa pañales Restriega las heces Other: _____

Necesita su hijo(a) apoyo para: Bañarse/ ducharse Lavarse los dientes Alimentarse Vestirse

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

¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando fue diagnosticado con Trastorno del espectro autista (ASD, por sus siglas en inglés)? ¿Quién realizó el diagnóstico?

¿Cuál es el nivel de discapacidad intelectual (ID, por sus siglas en inglés) de su hijo(a)?

Normal/Ninguno ID leve ID moderada Severe ID ID profunda ID no especificada

¿Qué diagnósticos psiquiátricos, de haberlos, tiene su hijo(a)? (p. ej., trastorno de ansiedad)

Enumere las visitas previas a urgencias por motivos conductuales (incluya la fecha y el centro):

Enumere las hospitalizaciones previas por motivos conductuales (incluya la fecha y el centro):



¿Tiene su hijo(a) algún diagnóstico médico? (*p. ej.*, Enfermedad de reflujo gastroesofágico [GERD, por sus siglas en inglés], Diabetes insípida)

¿Hay algún procedimiento o equipo médico que su hijo(a) necesite de forma regular? (*p. ej.*, Dispositivo de presión positiva continua de las vías respiratorias [CPAP, por sus siglas en inglés], cuidado de una herida, ortesis de tobillo y pie [AFO, por sus siglas en inglés])

¿Qué métodos/técnicas funcionan mejor para ayudar a calmar/tranquilizar a su hijo(a)?

¿Cuáles son las fortalezas/los intereses de su hijo(a)?

¿Cuáles son las cosas que habitualmente molestan a su hijo(a)/provocan que se porte mal?

Servicios actuales (Relevo, ABA a domicilio, etc.):

Objetivos previstos del programa:



Educación:

¿Está su hijo(a) actualmente en la escuela? Sí No

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

Distrito escolar: _____

¿Qué tipo de aula?

Aula ordinaria Aula de Educación Especial Escuela de Educación Especial No asiste a la escuela

Otra: (Describa) _____

Nombre del docente: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

¿Recibe su hijo(a) servicios fuera de la escuela? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, nombre del programa y de los servicios recibidos:

¿Ha sido visto su hijo(a) en el Centro de Autismo del Hospital de Cuidados Especiales (HFSC, por sus siglas en inglés)?

Sí No Si la respuesta es afirmativa, fecha de la última visita: _____

Planificación para el alta:

¿A dónde irá su hijo(a) después del alta (a casa, hogar grupal, otro)?

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

- Anverso y reverso de la(s) tarjeta(s) del seguro Notas del consultorio/resultados de laboratorio pertinentes
- Formulario de referencia del médico Evaluación educativa y Programa educativo individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) más reciente
- Evaluación del ASD Lista de medicamentos actuales
- Planes/evaluaciones conductuales Informes de incidentes
- Copia del documento del tutor legal o custodio si el paciente tiene más de 18 años de edad
- Cualquier material que considere beneficioso para ayudar a comprender/planificar para su hijo(a).



Hospital for
Special Care

We rebuild lives.

Submit all documents to:
Autism Admissions
Coordinator: Kayla Santiago
ksantiago@hfsc.org
P: 860-827-4841
F: 860-832-6273

Firma del tutor legal:

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Tenga en cuenta que todas las derivaciones se revisarán en el momento oportuno y que las decisiones de ubicación dependen tanto de las necesidades de su hijo(a) como del entorno actual del programa. Las derivaciones se consideran activas por 30 días y luego, si aún se requiere la hospitalización, se solicitará la información clínica actualizada. Lo animamos a avisar al equipo sobre cualquier cambio conductual importante, hospitalización/visita a urgencias o cualquier otra cosa que considere importante que sepamos al revisar su derivación.