



Estimado padre o tutores legales,

Su hijo/a ha sido remitido al Equipo Médico Escolar de Revisión del Autismo (S.M.A.R.T.) debido a preocupaciones sobre un posible trastorno del espectro autista (TEA). Lea y complete los materiales adjuntos para ayudarnos en nuestra evaluación de su hijo. Requerimos información sobre los antecedentes médicos, académicos, familiares y sociales de su hijo para evaluar adecuadamente el TEA.

Información importante:

TODA la documentación relevante DEBE COMPLETARSE antes de que se pueda evaluar al niño.

Si no se envía suficiente información, la evaluación de su hijo puede retrasarse.

Los paquetes se procesan en el orden en que se reciben.

En la página siguiente encontrará una lista de verificación que describe la información necesaria para completar el paquete. Tenga en cuenta:

- Es su responsabilidad asegurarse de que la escuela/los proveedores le devuelvan cualquier herramienta SMART (adjunta) u otros formularios antes de enviar el paquete.
- Por favor proporcione únicamente copias (no originales por favor) de informes tales como: boletas de calificaciones, evaluaciones o pruebas de profesionales médicos, planes o formularios académicos, etc.



S.M.A.R.T

Lista de verificación de paquetes

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: —|—|—

Proveedor de atención primaria: _____

Clínica: _____

Distrito escolar: _____

PARA NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS:

Formularios incluidos:

-Formulario de autorización de divulgación de registros.

-Formulario de demografía

-Hasta 3 herramientas SMART: deben ser completadas por los familiares y/o profesionales (es decir, terapeuta del habla, terapeuta ocupacional, proveedor de guardería, psicólogo, etc.) que mejor conocen al niño.

Información adicional:

Inscriba al paciente en el *Programa Birth to 3* e incluya los resultados de la evaluación en el paquete SMART o comuníquese con In-Tot Developmental Center al 1.360.736.4359

Si tiene al menos 30 meses, comuníquese con NWPC para obtener los formularios SRS-2 para padres y maestros.

Informes de cualquier prueba realizada por psicólogos escolares, terapeutas ocupacionales, de lenguaje o físicos, incluidos los exámenes de desarrollo.

Informes de evaluaciones previas realizadas por médicos, psicólogos o psiquiatras.

PARA NIÑOS DE 3 AÑOS EN ADELANTE:

Formularios incluidos:

- Formulario de autorización de divulgación de registros.
- Formulario de demografía
- Hasta 3 herramientas SMART: deben ser completadas por miembros de la familia y/o profesionales (es decir, terapeuta del habla, terapeuta ocupacional, psicólogo, maestro de educación especial, etc.) que mejor conocen al niño.

Información adicional:

- Boletas de calificaciones (últimos 2 años)
 - Solicite una evaluación educativa del distrito escolar en el que vive e incluya la evaluación en el paquete. Para el condado de Lewis, comuníquese con la Cooperativa de educación especial del condado de Lewis al 1.360.748.3384. Espere de 1 a 3 meses para este proceso. Si se negó la evaluación, incluya el motivo del rechazo.
 - Comuníquese con NWPC para obtener formularios SRS-2 para padres y maestros
- Informes de cualquier prueba realizada por psicólogos escolares, terapeutas ocupacionales, de lenguaje o físicos, incluidas cualquier evaluación del desarrollo. Copias de planes 504 o IEP.
- Informes de evaluaciones previas realizadas por médicos, psicólogos o psiquiatras.



**Equipo de revisión médica del autismo escolar (SMART)
Autorización para la divulgación de registros**

PROPÓSITO: Como padre/tutor, usted tiene derecho a dar o no permiso para la divulgación de los registros de su hijo a otras personas o agencias. Al firmar esta autorización, usted otorga permiso para intercambiar información confidencial con fines de detección del trastorno del espectro autista.

NOMBRE DEL NIÑO: _____ FECHA DE

NACIMIENTO: _____

Por la presente autorizo el intercambio de información de forma oral, escrita y/o electrónica entre el Equipo de Revisión Médica del Autismo de la Escuela (SMART) y las agencias/personas que se enumeran a continuación:

Northwest Pediatric Center 1911 Cooks Hill Rd Centralia, WA 98531 98532 Phone: (360) 736-6778 Fax: (360) 736-6552	un círculo	Valley View Health Center 2690 NE Kresky Avenue, Chehalis, WA Phone: (360) 330-9595 FAX: (360) 330-9530
Proveedor de atención primaria:		
Proveedor de intervención temprana:		
Guardería:		
Terapeuta:		
Distrito escolar:		
Otro:		
Otro:		

Los registros que se intercambiarán incluyen:

- Información del historial médico/de salud.
- Resultados de la evaluación/valoración
- Información sobre el desarrollo
- Informes educativos (Progress/IEP/504/IFSP)

Esta autorización es válida desde _____, hasta _____. Si no se especifica, esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de firma.

Entiendo que la información obtenida será tratada de manera confidencial y entiendo que mi consentimiento para la divulgación de registros es voluntario y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito. Si retiro mi consentimiento, no se aplica a la información que ya se haya proporcionado en virtud de la divulgación de consentimiento anterior.

Firma Del Padre/ Tutor _____ Fecha _____



Formulario de datos demográficos del Equipo de revisión médica del autismo escolar (S.M.A.R.T.)

FECHA DE REFERENCIA: _____

PERSONA QUE REFIERE: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____ Fecha de nacimiento: _____

PADRE/TUTOR(ES): _____

RELACIÓN HACÍA EL NIÑO: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____ CIUDAD: _____

CÓDIGO POSTAL DE WA: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

OTRO NÚMERO DE TELÉFONO: _____

SEGURO MÉDICO: _____

ESCUELA/GUARDERÍA/NACIMIENTO A 3: _____

PROFESOR ACTUAL: _____

UBICACIÓN ACTUAL: _____

TERAPEUTA OCUPACIONAL ACTUAL: _____

UBICACIÓN ACTUAL: _____

TERAPEUTA FÍSICO ACTUAL: _____

UBICACIÓN ACTUAL: _____

TERAPEUTA DEL HABLA Y LENGUAJE ACTUAL: _____

UBICACIÓN ACTUAL: _____



**Centro Pediátrico
Cuestionario para padres con TEA
TEA (Trastorno del espectro autista)**

El nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de los padre(s): _____

Centro Pediátrico del Noroeste, Inc

CENTRALIA

1911 Cooks Hill Road

Centralia, Washington 98531

(360)-736-6778

Fax (360)-736-6552

Formulario de información del paciente con TEA

Nombre del paciente _____
 Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____
 Persona que completa el formulario _____
 Relación _____
 Teléfono _____ Teléfono del trabajo _____
 Escuela Actual _____ Grado escolar actual _____
 Nombre del maestro _____
 Teléfono _____

IMPORTANTE: envíe estos formularios completos junto con copias de las boletas de calificaciones de las calificaciones recientes completadas, todos los informes psicológicos y cualquier evaluación de consejería. Por favor complete toda la información. Después de revisar esta información, nuestra oficina se comunicará con usted para programar una cita.

Ubicación actual del niño (marque la casilla correspondiente)	Adulto con quien el niño vive >50% del tiempo	Adultos que no viven en el hogar, pero están involucrados con el niño.
Madre biológica		
padre biologico		
madrastra		
Padrastro		
Madre adoptiva		
Padre adoptivo		
Familiar (especificar)		
Otro familiar (especificar)		

Expresar brevemente sus inquietudes:



HERRAMIENTA INTELIGENTE (SMART TOOL)

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____ Ubicación: _____

Nombre de la persona que llena el formulario: _____

Relación con el niño: _____

Comunicación e interacción social Verdadero Falso	Verdadero	Falso
Deficiencias en el uso del contacto visual durante las interacciones sociales. Ejemplo: Mira hacia un lado o hacia la boca en lugar de mirar a los ojos cuando le hablan.		
Déficits en el uso de expresiones faciales para comunicarse. Ejemplo: No frunce el ceño, no hace pucheros ni parece sorprendido.		
Falta o uso reducido de gestos para comunicarse. Ejemplo: No dice adiós con la mano, no asiente con la cabeza sí o no, ni lanza un beso.		
Deficiencias en la conversación de ida y vuelta (apropiada al nivel del idioma) Ejemplo: No agrega algo nuevo ni hace una pregunta en respuesta a un comentario que se les hace.		
Falta de respuestas reducidas o deterioradas a las iniciaciones sociales de otros. Ejemplo: No responde a su nombre ni reconoce a los demás.		
Falta o interés reducido en sus compañeros (apropiado para el nivel de desarrollo)		
Falta, reducción o deterioro del inicio de interacciones con otros.		
Preferencia reducida por algunos compañeros sobre otros/amistad deteriorada		
Retrasos o falta de juegos variados apropiados para la edad con sus compañeros		

Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos		
Tiene características atípicas del habla (por ejemplo, eco, jerga, ritmo o volumen inusuales)		
Tiene gestos corporales repetitivos.		
Reacciona negativamente a los cambios de horario/insiste en la uniformidad		
Tiene rituales de comportamiento.		
Tiene rituales verbales (por ejemplo, debe decir cosas o hacer que otros digan cosas de una manera particular)		
Tiene intereses específicos que son inusuales en intensidad (por ejemplo, pasatiempos de intensidad inusual)		
Participa en una gama limitada de actividades/Tiene un repertorio de comportamiento limitado		
Muestra hiperreactividad a la información sensorial.		
Muestra hiporreactividad a la información sensorial.		
Muestra intereses y preferencias sensoriales inusuales.		
Comportamiento disruptivo		
Se involucra en comportamientos agresivos y/o destructivos hacia sí mismo, otros u objetos (por ejemplo, autolesiones, fuga, destrucción de propiedad)		

Por favor deje comentarios en la parte posterior de esta página. Haga copias si es necesario.

Historial de la escuela

1 . Enliste las escuelas a las que asistió en orden cronológico, comenzando con la más reciente:

Escuela Grados escolares a los que asistió Ciudad, estado

2. Por favor comente sobre el progreso académico de su hijo dentro de cada uno de estos niveles de grado escribiendo **Bueno, Regular, Malo o No Aplicable (N/A)** en los cuadros correspondientes.

	Preescolar	Jardín de infantes	Grados 1-3	Grados 4-5	Grados 6-8	Grados 9-12
Relación con los compañeros						
Relación con hermanos						
Relación con los padres						
Relación con los profesores						
Rendimiento escolar general						
Comportamiento en la escuela						
Participación en actividades o deportes después de la escuela.						
Habilidades organizativas						
Clase disruptiva						
Seguir						

instrucciones/reglas						
Finalización de tareas						
Completar tareas en casa						

3. Hasta donde usted sabe, ¿en qué nivel de grado se desempeña su hijo?

Lectura _____ Ortografía _____ Matemáticas _____

4. Nivel de clase actual (circula): clase regular o clase especial (si es así, especifique qué tipo de clase especial):

5. ¿Ha estado su hijo alguna vez en algún tipo de programa de educación especial y, de ser así, durante cuánto tiempo?

Si	No	Duración	Tipo de programa de educación especial
			clase de problemas de aprendizaje
			Clase de trastornos del comportamiento
			Clase de habilidades dirigida por un trabajador social o un consejero escolar
			Aula de recursos
			Tutoría privada o asistente individual
			Otros (especificar):

6. ¿Se han intentado modificaciones educativas adicionales?

Si	No	Cuando	Tipo de modificación de instrucción
			Tutoría privada
			Programa de modificación de conducta
			Boletas de calificaciones de progreso diarias o semanales
			Asistencia para tomar notas de clase
			Libros grabados para textos escolares.
			Entrenamiento y uso de la computadora.

7. Por favor, conteste a las siguientes preguntas

Si	No	Cuando	¿Alguna vez su hijo...?
			¿Tuvo dificultades para expresarse verbalmente?
			¿Tuvo dificultades para entender las instrucciones habladas?
			¿Tuvo alguna dificultad o impedimento en el habla?
			¿Tuviste alguna terapia del habla o ocupacional?

8. Por favor enumere las pruebas académicas, evaluaciones psicológicas y evaluaciones médicas realizadas anteriormente (BASC, STAT, MCHAT, ASQ, MAT, WISC-R, CPT, WRAT, etc.).

Por favor describa las respuestas Sí anteriores:

Otros comentarios:

4. Muchos niños con TEA parecen deprimidos. ¿Cuáles de los siguientes son problemas importantes en la actualidad?

Si	No	
		Triste o irritable la mayor parte del día, casi todos los días.
		Disminución del placer en actividades que antes le gustaban.
		Cambio en el apetito o aumento o pérdida de peso inexplicable.
		Problemas para conciliar el sueño
		Dormir excesivamente casi todos los días.
		Fatiga o pérdida de energía.
		Agitado, al borde
		Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
		Problemas para concentrarse, más olvidadizo de lo habitual.
		Pensamientos o intentos suicidas.

¿Cuándo comenzaron estos problemas? Especificar edad: _____

Por favor describa las respuestas Sí anteriores:

Otros comentarios:

6. Algunos niños con TEA experimentan compulsiones o tics inusuales. ¿Cuáles de los siguientes son problemas importantes en la actualidad?

Si	No	
		¿Rituales inusuales, obsesiones (pensamientos, sentimientos, ideas o sensaciones recurrentes que su hijo no puede sacar de su mente) y/o compulsiones (comportamientos/acciones recurrentes como contar, comparar, girar, etc.?)
		Miedos a volverse agresivo hacia los demás.
		Obsesiones religiosas
		Obsesión por los gérmenes, las enfermedades o la higiene.
		Obsesiones por llegar a tiempo o llegar tarde
		Obsesiones por seguir reglas
		Lavado excesivo de manos
		Revisión de cerraduras, hornos, etc.
		Organizar objetos de determinadas maneras.
		Contar objetos obsesivamente.
		Decirse palabras repetitivas a uno mismo.
		Tics motores (p. ej., parpadear, entrecerrar los ojos, sacudidas faciales, encoger los hombros)
		Tics vocales (p. ej., olfatear, aclararse la garganta, toser, tararear, hacer ruidos)
		Morderse los labios o morderse las uñas.

¿Cuándo comenzaron estos problemas? Especificar edad: _____

Por favor describa las respuestas Sí anteriores:

Otros comentarios:

Interacciones sociales

1. ¿Qué preocupaciones tiene sobre las interacciones sociales de su hijo con otros niños?

2. Describa cómo se lleva su hijo con sus hermanos y hermanas.

3. ¿Su hijo juega principalmente con niños?

Misma edad? _____ ¿más viejo? _____ ¿más joven? _____

Si	No	¿Nuestro hijo...?
		¿Responder a recompensas positivas?
		¿Comprende o utiliza el lenguaje corporal para expresarse?
		¿Participar en juegos imaginarios?
		¿Tiene reacciones anormales o inusuales ante los objetos que lo tocan?
		¿Muestra extrema renuencia al cuidar su higiene personal?
		¿Tiene amigos con los que juega habitualmente?
		¿Hablar con gente que no está ahí?
		¿Cree que es otra persona?
		¿Cree que escucha voces que le hablan?
		¿Ve cosas que no están ahí?

Social History

1. ¿Están casados usted y el padre (madre) del niño? Si es así, ¿por cuánto tiempo?

2. ¿Es su cónyuge/pareja actual el padre biológico del niño?

3. ¿Cómo describiría el funcionamiento de su hogar familiar (marque con un círculo todo lo que corresponda)?

Cálido Amistoso Amoroso Cariñoso Libre de estrés Solidario Caótico En Crisis
Inestable Estresante Otro: _____

4. Enliste todas las personas que viven en el hogar del niño y su relación con el niño:

Nombre de la person	Edad	Relación con la niña

5. Trabajo/lugar de empleo del papá:

Trabajo/lugar de empleo de la mamá:

Nivel educativo más alto de papá: _____ Nivel educativo más alto de mamá: _____

6. Tipos de disciplina que utilizas con tu hijo

Si	No	
		Reprimendas o correcciones verbales
		Tiempo de castigo (aislamiento)
		Pérdida de privilegios
		Recompensas por comportamiento positivo
		Ignorar el comportamiento negativo
		Castigo físico (p. ej., azotes) ceder al niño
		Evitación del niño

7. ¿Qué porcentaje del tiempo cumple su hijo con las órdenes iniciales?

8. ¿Qué porcentaje del tiempo su hijo finalmente cumple las órdenes?

9. ¿Ha ocurrido alguno de los siguientes eventos estresantes en los últimos 2 años?

Si	No	
		Padres divorciados o separados
		Cambio de cuidador principal
		El cuidador tiene una nueva pareja que vive con ella
		Accidente o enfermedad familiar
		Muerte en la familia
		Los padres cambiaron o perdieron el trabajo.
		Cambio de escuelas
		Mudanza en la familia
		Problemas económicos familiares
		Trauma psicológico grave (especifique):
		Otros (especificar):

10. ¿Cuáles son los principales pasatiempos e intereses de su hijo?

11. ¿Qué es lo que más le gusta hacer a su hijo? _____

12. ¿Qué es lo que más le disgusta hacer a su hijo?

13. ¿Cuáles son las áreas de mayor logro de su hijo? _____

14. ¿Cuántas horas al día pasa su hijo: en la computadora: _____ viendo televisión: _____
jugando videojuegos: _____ leyendo: _____ jugando al aire libre: _____

Evaluación del desarrollo

El embarazo

1. Edad de la madre cuando nació el niño: _____ Duración del embarazo (semanas): _____

2. ¿Algún problema de salud o infección con mamá durante el embarazo? En caso afirmativo, especifique:

3. Medicamentos que toma la madre durante el embarazo:

4. ¿La madre fuma durante el embarazo? Si es así, ¿cuántos paquetes por día?

5. ¿Consumo de drogas por parte de la madre durante el embarazo? Si es así, ¿qué drogas?

¿Consumo de alcohol durante el embarazo? Si es así, ¿cuánto/de qué tipo?

6. ¿Consumo de drogas por parte del padre en el momento de la concepción? Si es así, ¿qué drogas?

Curso de parto/guardería

1. Tipo de parto (circule): espontáneo o inducido
2. Tipo de parto (marque x): normal/cesárea _____ podalico _____ vaginal/cesárea _____
3. Peso al nacer: _____
4. ¿Complicaciones durante el parto o después?

5. ¿El bebé necesitó oxígeno durante más de 4 horas después del parto? _____

6. ¿Tuvo el bebé ictericia? ¿Requirió fototerapia?

7. ¿Tuvo infección el bebé? _____

8. Número de días que el bebé estuvo hospitalizado después del parto: _____
9. ¿Alguna complicación de salud en el bebé después del nacimiento? _____

Período de infancia/niños pequeños

Si	No	
		¿Hubo problemas de alimentación durante la primera infancia (0-4 meses de edad)?
		¿Fue difícil abrazar al bebé?
		¿El bebé tenía cólicos o estaba más inquieto de lo habitual?
		¿Hubo problemas con los patrones de sueño durante la primera infancia?
		¿Hubo problemas con el estado de alerta del bebé?
		¿Tuvo el niño algún problema congénito?
		¿Era el niño un bebé difícil (no se calmaba fácilmente ni seguía un horario, excesivamente)?

		¿Estaba el bebé excesivamente inquieto?
		¿Se portó mal el niño con los demás?
		¿El niño pequeño hizo berrinches excesivos?
		¿El niño fue insistente y exigente?
		¿Era el niño extremadamente activo, metido en todo?
		¿El niño era propenso a sufrir accidentes o era torpe?

Hitos del desarrollo

	¿A qué edad sonrió el niño?
	¿A qué edad se dio la vuelta el niño?
	¿A qué edad se sentó el niño?
	¿A qué edad gateó el niño?
	¿A qué edad caminó el niño?
	¿A qué edad hablaban palabras sueltas (además de papá/mamá)?
	¿A qué edad el niño unió dos o más palabras?
	¿A qué edad el niño habló en frases?
	¿A qué edad el niño logró el control de la vejiga?
	¿A qué edad aprendió el niño a andar en triciclo?
	¿A qué edad el niño andaba en bicicleta sin ruedas de entrenamiento?
	¿A qué edad se abotonaba la ropa el niño?
	¿A qué edad el niño se ató los cordones de los zapatos?
	¿A qué edad el niño nombró colores?
	¿A qué edad el niño dijo el alfabeto?
	¿A qué edad empezó el niño a leer?

Historial médico

Preocupaciones

1 . Califique a su hijo según lo siguiente:

Bueno	Promedio	Malo	
			Salud general
			Audiencia
			Visión
			Caminando
			Correr
			Lanzamiento
			Atrapando
			Atar cordones
			Abotonar
			Escritura
			Habilidad atlética

2. ¿Ha tenido su hijo algún problema de salud crónico (por ejemplo, asma, afecciones cardíacas, diabetes, etc.)? En caso afirmativo, especifique (incluya las hospitalizaciones nocturnas): _____

3. ¿Cuándo fue la aparición de alguna enfermedad crónica? _____

4. ¿Nuestro hijo ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Si	No	
		Paperas
		Varicela
		Sarampión
		Tos ferina
		Escarlatina
		Neumonía
		Encefalitis (infección cerebral)
		Meningitis
		Infecciones de oído
		Envenenamiento por plomo
		Convulsiones

5. ¿Ha experimentado su hijo alguno de los siguientes?

Si	No	
		Soplo cardíaco
		Problema del ritmo cardíaco (arritmia)
		Cirugía de corazón
		Dolor en el pecho inexplicable con el ejercicio.
		Dificultad para respirar con el ejercicio.
		Incapacidad inexplicable para seguir el ritmo de otros niños durante el ejercicio
		Corazón acelerado inexplicable y sin motivo
		Palpitaciones (saltos de latidos del corazón) sin motivo
		Colapso repentino sin motivo
		Desmayo o pérdida del conocimiento.

6. ¿Ha tenido su hijo algún accidente que haya resultado en lo siguiente?

Si	No	
		Huesos rotos
		Laceraciones severas
		Lesión en la cabeza, coma, amnesia.
		moretones severos
		Estómago bombeado (envenenamiento)
		Herida de ojo
		Suturas (puntos)

7. ¿Existe alguna sospecha de consumo de alcohol o drogas? _____

8. ¿Hay algún historial de trauma? _____

9. ¿Tiene su hijo algún problema para dormir? _____

¿Hay un televisor en la habitación de su hijo? SI / NO ¿El niño duerme solo? SÍ / NO ¿Cuál es la hora de dormir de su hijo? _____ ¿Cuándo se queda dormido realmente? _____

¿A qué hora se despierta su hijo en los días escolares? _____ ¿En los fines de semana? _____ ¿Tu hijo ronca? SI/NO ¿Su hijo duerme inquieto? SÍ / NO

10. ¿Tiene su hijo algún problema de mojar la cama o defecar en los pantalones? _____

11. ¿Tiene su hijo algún síntoma de trastornos alimentarios? _____

Historial de tratamiento

1. Enumere los nombres y direcciones de todos los demás profesionales que han atendido a su hijo por estas inquietudes:

2. ¿Ha probado alguna de las siguientes intervenciones para el comportamiento de su hijo (describa)? Cambios en la dieta: _____ Suplementos/Vitaminas: _____

Remedios naturales: _____

3. ¿Ha recibido su hijo alguna vez alguno de los siguientes medicamentos para el TEA?

Si	Duración	¿Buenos efectos observados?	¿Efectos secundarios o problemas?	Medicamento
				Metilfenidato/ritalina
				concerta
				focalina
				dextroanfetamina/dexedrina
				adderall / adderall XR
				antidepresivos
				estabilizadores del humor
				anticonvulsivos
				Otros:

4. ¿Ha recibido su hijo alguna vez alguna de las siguientes formas de tratamiento psicológico?

Si	No	Duración	
			Psicoterapia o asesoramiento individual.
			Psicoterapia o asesoramiento de grupo.
			Terapia familiar con niño.
			Evaluación y tratamiento para pacientes hospitalizados.
			Tratamiento residencial (incluyendo drogas y alcohol)

Historial familiar

Familia del Padre

Por favor verifique si alguien del lado paterno de la familia ha tenido los siguientes problemas:

Relación con el niño	Padre	Abuela paterna	Abuelo paterno	Tías paternas	Tíos paternos
Problemas con la agresión, el desafío y el comportamiento oposicional cuando era niño					
Problemas de atención, hiperactividad y mal control de uso en la niñez					
Problemas de aprendizaje o bajo rendimiento escolar					
No pudo graduarse de la escuela secundaria					
Retraso mental					
Autismo o trastorno generalizado del desarrollo					
Psicosis o esquizofrenia					
Hospitalización en un hospital psiquiátrico o mental.					
Depresión de más de 2 semanas					
Trastorno de ansiedad					
Trastorno obsesivo compulsivo					
Trastorno bipolar o maníaco-depresivo					
Tics o síndrome de Tourette					
Abuso de alcohol					
Abuso de sustancias					
Comportamiento antisocial, agresiones, robos, etc.					
Arrestos o prisión preventiva					
Abuso físico perpetrador					

Autor de abuso sexual					
Víctima de abuso físico					
Víctima de abuso sexual					
Problemas/arritmias del ritmo cardíaco					
Muerte súbita por problema cardíaco antes de los 50 años					
Cardiopatía congénita					

Describa cualquier respuesta SÍ anterior (por ejemplo, qué diagnósticos o tratamientos se dieron): _____

Familia de la madre

Por favor verifique si alguien del lado materno de la familia ha tenido los siguientes problemas:

Relación con el niño	Madre	Abuela materna	Abuelo materno	Tías maternas	Tíos maternos
Problemas con la agresión, el desafío y el comportamiento oposicional cuando era niño					
Problemas de atención, hiperactividad y mal control de uso en la niñez					
Problemas de aprendizaje o bajo rendimiento escolar					
No pudo graduarse de la escuela secundaria					
Retraso mental					
Autismo o trastorno generalizado del desarrollo					
Psicosis o esquizofrenia					

Hospitalización en un hospital psiquiátrico o mental.					
Depresión de más de 2 semanas					
Trastorno de ansiedad					
Trastorno obsesivo compulsivo					
Trastorno bipolar o maníaco-depresivo					
Tics o síndrome de Tourette					
Abuso de alcohol					
Abuso de sustancias					
Comportamiento antisocial, agresiones, robos, etc.					
Arrestos o prisión preventiva					
Abuso físico perpetrador					
Autor de abuso sexual					
Víctima de abuso físico					
Víctima de abuso sexual					
Problemas/arritmias del ritmo cardíaco					
Muerte súbita por problema cardíaco antes de los 50 años					
Cardiopatía congénita					

Describe cualquier respuesta SÍ anterior (por ejemplo, qué diagnósticos o tratamientos se dieron): _____

Familia de los hermanos

Por favor verifique si alguien del lado materno de la familia ha tenido los siguientes problemas:

Relación con el niño	Hermano	Hermano	Hermana	Hermana
Problemas con la agresión, el desafío y el comportamiento oposicional cuando era niño				
Problemas de atención, hiperactividad y mal control de uso en la niñez				
Problemas de aprendizaje o bajo rendimiento escolar				
No pudo graduarse de la escuela secundaria				
Retraso mental				
Autismo o trastorno generalizado del desarrollo				
Psicosis o esquizofrenia				
Hospitalización en un hospital psiquiátrico o mental.				
Depresión de más de 2 semanas				
Trastorno de ansiedad				
Trastorno obsesivo compulsivo				
Trastorno bipolar o maníaco-depresivo				
Tics o síndrome de Tourette				
Abuso de alcohol				
Abuso de sustancias				
Comportamiento antisocial, agresiones, robos, etc.				
Arrestos o prisión preventiva				
Abuso físico perpetrador				
Autor de abuso sexual				
Víctima de abuso físico				

Víctima de abuso sexual				
Problemas/arritmias del ritmo cardíaco				
Muerte súbita por problema cardíaco antes de los 50 años				
Cardiopatía congénita				

Describe cualquier respuesta SÍ anterior (por ejemplo, qué diagnósticos o tratamientos se dieron): _____

Medicamentos actuales y remedios naturales

Enumere cualquier medicamento (sin receta o recetado) o remedio natural o a base de hierbas que su hijo esté tomando **actualmente**: _____

Muchos niños con autismo tienen dificultades con el contacto visual. ¿Cuáles de los siguientes han sido/son problemas importantes?

Si/No Hacer contacto visual con adultos

Si/No Hacer contacto visual con sus compañeros

Si/No Hacer contacto visual durante el primer año de vida

Describe las respuestas afirmativas anteriores:

Muchos niños con autismo tienen dificultades con la interacción social. ¿Cuáles de los siguientes son problemas importantes?

Si/No Disfruta socializando con otros niños

Si/No Buscar a otros niños para jugar

Si/No Jugar cooperativamente con otros niños

Describe las respuestas afirmativas anteriores:

Muchos niños con autismo tienen comportamientos repetitivos, como agitar las manos, correr en un círculo específico, dar vueltas o girar. ¿Ha notado comportamientos repetitivos en usted o su hijo?

Muchos niños con autismo tienen preocupaciones inusuales, como un interés específico en un juguete, programa de televisión, libro o personaje. ¿Ha notado alguna preocupación habitual en su hijo?

Muchos niños con autismo tienen sensibilidades sensoriales inusuales, como los ruidos, las luces o las texturas de la ropa o los alimentos. ¿Ha notado alguna sensibilidad sensorial en su hijo?

Muchos niños con autismo tienen intereses sensoriales inusuales, como oler cosas, tocarlas o mirar cosas que giran. ¿Ha notado algún interés sensorial habitual en su hijo?

Muchos niños con autismo desean una estructura o necesitan rutinas específicas. ¿Ha notado un deseo de estructura o una necesidad de rutinas específicas en su hijo?

¿Su hijo alguna vez experimentó o fue testigo de algún abuso emocional, físico o sexual u otro trauma? _____

¡Gracias! Por favor devuelva estos documentos a:
Centro Pediátrico del Noroeste, (Northwest Pediatric Center)
1911 Cooks Hill Road, Centralia, WA 98531.

Formulario de Evaluación Equipo de Revisión de Autismo para la Escuela y la Salud (SMART)

Esta es una herramienta que se utilizará para recopilar información de su hijo/a y proporcionar el mejor servicio. Queremos que cada persona que trabaja con su hijo llene la columna apropiada. Usted puede hacer las copias que sean necesarias o puede pedir que cada persona llene el formulario original.

Por favor complete el Formulario de Evaluación SMART en la columna correspondiente a su relación con el niño/a evaluado.

Por favor elija **Verdadero (V)** si el/la niño/a muestra el comportamiento descrito o **Falso (F)** si el/la niño/a no lo muestra.

Por favor escriba cualquier comentario que tenga en la columna derecha de **Comentarios** en la cual puede proporcionar mayor descripción acerca de la conducta del niño/a.

Por favor finalice el formulario escribiendo su nombre en la última página, en la línea correspondiente a su relación con el/la niño/a.

Por favor devuelva este formulario a _____

Fecha: _____.

Equipo de Revisión de Autismo para la Escuela y la Salud Autorización para la divulgación de registros

Objetivo: Como padre /guardián tiene el derecho de dar permiso o no ~~dar su permiso~~ para divulgar los registros de su hijo/a a otras personas o agencias. Este formulario le da la oportunidad de aprobar o no ~~aprobar~~ esta petición.

Fecha: ____/____/____

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

YO AUTORIZO EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN VERBAL, ESCRITA, O ELECTRÓNICA ENTRE EL EQUIPO DE REFERIDOS DE AUTISMO PARA LA ESCUELA Y LA SALUD (SMART) Y LAS AGENCIAS/PERSONAS A CONTINUACIÓN. LOS REGISTROS QUE SERAN INTERCAMBIADOS INCLUYEN (marque todos que aplican):

- Información Médica /Salud
- Evaluación / Resultados de la Evaluación
- Información sobre Salud Mental
- Información del Desarrollo Actual
- Educativo (IEP / IFSP | Notas de Progreso)
- Otro (Especifique)

Equipo de Revisión de Autismo para la Escuela y la Salud (SMART)
Llene la información del administrador del caso en el equipo SMART.

y

Nombre de la Organización

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono/ Número de Fax

INDICAR EL PERIODO DE TIEMPO QUE APLICA:

_____ Esta autorización es válida por un año. Especifique la fecha en cual terminará _____

_____ Esta autorización es válida desde: _____ a _____

Entiendo que esta información será tratada de manera confidencial y entiendo que mi consentimiento para divulgar los registros es voluntario y puedo retirar mi consentimiento a cualquier momento por escrito. Si retiro mi consentimiento, no aplica a la información que ya se ha proporcionado bajo el consentimiento anterior.

Padres / Guardián

Fecha de Firma

Equipo de Revisión de Autismo para la Escuela y la Salud (SMART)

Fecha de referencia: _____ Persona refiriendo: _____

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padres/Guardián(es): _____ Relación al niño/a: _____

Dirección de envió: _____

Teléfono principal: _____ Otro teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Escuela: _____

Maestro/a actual: _____

Número de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Médico de cabecera: _____

Número de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Otro Proveedor Médico: _____

Número de contacto/Correo electrónico: _____

Otro: _____

Con gusto esperamos conocerlos para empezar la evaluación de su hijo/a. Dentro de este sobre o con éste encuentra un paquete de información y formularios de evaluación para padres/maestros que nos permitirá servirles mejor en la evaluación de su niño/a para el posible diagnóstico de Autismo. Es importante que lea este material y siga todas las instrucciones para que podamos ser de mayor ayuda para usted y su hijo/a.

Pacientes que necesitan su primera evaluación de Autismo.

Nuestro proceso de evaluación de Autismo consiste en reunir toda la información respectiva al historial médico, académico, familiar y social de su hijo/a. Al recibir la información, nuestro equipo SMART evaluará los datos. Luego nuestro equipo se comunicará con usted o su proveedor con respecto a los pasos a seguir.

- 1** Los padres/cuidadores, por favor completen y devuelvan a nuestra oficina las siguientes formularios (incluidos en el paquete):
 - Autorización para la divulgación de los registros
 - SMART Formulario Demográfico
 - SMART Formulario de evaluación

- 2** Por favor entregue el documento llamado SMART Formulario de Evaluación al maestro/a de su hijo/a:
 - Es su responsabilidad garantizar que la escuela complete y regrese este formulario a nuestra oficina antes de su cita.

- 3** Proporcione copias de los siguientes documentos (no mande originales por favor):
 - Las calificaciones desde Kinder hasta el presente. Si no tiene estos por favor obténgalos de la escuela de su hijo/a.
 - Informes de cualquier examen estandarizado de la escuela como el WASL, La Prueba de Iowa de Habilidades Básicas, etc.
 - Informes de cualquier evaluación hecha por psicólogos escolares, terapeutas ocupacionales, terapeutas de lenguaje o terapeutas físicos.
 - Copias de los planes de educación individual como el 504 o IEP's.
 - Informes de cualquier evaluación anterior por médicos, psicólogos o psiquiatras.

Por favor traiga el paquete completado al Northwest Pediatric Center, 1911 Cooks Hill Road, Centralia WA 98531. Para información adicional, por favor llámenos al 360-623-1179. Gracias.