



# SMART PACKET



Lewis County Autism Coalition



**Lewis County Autism Coalition**  
375 Linhart Ave NE, Suite B  
Napavine, WA 98565  
Teléfono: 253-421-3671  
Sitio web: [www.lcautism.org](http://www.lcautism.org)

## Contenido

<b>Estimados padres o tutores:</b> .....	2
<b>Lista de verificación del paquete</b> .....	3
<b>PARA NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS:</b> .....	3
<b>PARA NIÑOS DE 3 AÑOS O MÁS:</b> .....	3
<b>Información demográfica</b> .....	4
<b>Equipo médico escolar de revisión del autismo (SMART) Autorización para la divulgación de registros</b> .....	5
<b>HERRAMIENTA INTELIGENTE</b> .....	6
<b>HERRAMIENTA INTELIGENTE</b> .....	7
<b>Formulario de Información del Paciente</b> .....	8
<b>Historial escolar</b> .....	9
<b>Preocupaciones actuales sobre el comportamiento</b> .....	13
<b>Preocupaciones sobre el estado de ánimo y la ansiedad</b> .....	14
<b>Interacción social</b> .....	17
<b>Historia social</b> .....	18
<b>Evaluación del desarrollo</b> .....	22
<b>Embarazo</b> .....	22
<b>Historial médico</b> .....	25
<b>Antecedentes familiares</b> .....	30
<b>Antecedentes familiares del padre</b> .....	30
<b>Antecedentes familiares por parte de la madre</b> .....	31
<b>Hermanos Antecedentes familiares</b> .....	32
<b>¡Gracias!</b> .....	36



**Lewis County Autism Coalition**  
375 Linhart Ave NE, Suite B  
Napavine, WA 98565  
Teléfono: 253-421-3671  
Sitio web: [www.lcautism.org](http://www.lcautism.org)

**Estimados padres o tutores:**

Su hijo ha sido referido a la Coalición de Autismo del Condado de Lewis debido a la preocupación de un posible trastorno del espectro autista (TEA). Lea y complete los materiales adjuntos para ayudarnos en la evaluación de su hijo. Necesitamos información sobre el historial médico, académico, familiar y social de su hijo para evaluar adecuadamente el TEA.

**Información importante:**

- ◆ **Toda la documentación pertinente DEBE ESTAR COMPLETADA antes de que el niño pueda ser evaluado.**
- ◆ **Si no se envía suficiente información, la evaluación de su hijo podría retrasarse.**
- ◆ **Los paquetes se procesan por orden de recepción.**

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

- Es su responsabilidad asegurarse de que la escuela/los proveedores le devuelvan las herramientas SMART (adjuntas) u otros formularios antes de enviar el paquete.
- Por favor, proporcione solo **copias** (no originales) de informes tales como boletines de calificaciones, evaluaciones o pruebas de profesionales médicos, planes académicos o formularios, etc.

**Traiga el paquete completo a LCAC.**

**Para otros trámites, llame al: 253-421-3671**



## Lista de verificación del paquete

### PARA NIÑOS **MENORES DE 3 AÑOS:**

#### Formularios incluidos:

- Formulario de autorización para la divulgación de registros
- Formulario de datos demográficos
- Hasta 3 herramientas SMART: entregue dos de ellas a un familiar o a alguien que conozca bien a su hijo. Una de ellas debe ser de un profesional, maestro, cuidador, logopeda, etc.

#### Copias de lo siguiente: (no originales) (si procede)

- Inscriba a los pacientes en el programa Birth to 3 (Intervención temprana/Apoyo) según el distrito escolar de su hijo e incluya los resultados de la evaluación en el paquete SMART.**
- Si su hijo tiene al menos 30 meses**, póngase en contacto con el proveedor médico del COE para obtener los formularios SRS-2 para los padres y el maestro.
- Informes de cualquier prueba realizada por psicólogos escolares, terapeutas ocupacionales, del lenguaje o físicos, incluyendo cualquier evaluación del desarrollo.
- Informes de evaluaciones previas realizadas por médicos, psicólogos o psiquiatras.

### PARA NIÑOS DE **3 AÑOS O MÁS:**

#### Formularios incluidos:

- Formulario de autorización para la divulgación de registros.
- Formulario de datos demográficos
- Hasta 3 herramientas SMART: entregue dos de ellas a un familiar o a alguien que conozca bien a su hijo. Una de ellas debe ser de un profesional, maestro, cuidador, logopeda, etc.

#### Copias de lo siguiente: (no originales)

- Boletines de calificaciones (de los últimos 2 años)
- Solicite una evaluación educativa al distrito escolar en el que vive e incluya la evaluación en el paquete. Para el condado de Lewis, póngase en contacto con la Cooperativa de Educación Especial del Condado de Lewis en el 1.360.748.3384.
- Póngase en contacto con LCAC** para obtener los formularios SRS-2 para padres y maestros
- Informes de cualquier prueba realizada por psicólogos escolares, terapeutas ocupacionales, del lenguaje o físicos, incluyendo cualquier evaluación del desarrollo
- Copias de los planes 504 o IEP
- Informes de evaluaciones previas realizadas por médicos, psicólogos o psiquiatras.



**Lewis County Autism Coalition**  
 375 Linhart Ave NE, Suite B  
 Napavine, WA 98565  
 Teléfono: 253-421-3671  
 Sitio web: www.lcautism.org

## Información demográfica

Fecha de la remisión: \_\_\_\_\_ Persona que remite: \_\_\_\_\_

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:	
Idioma principal:	Idioma secundario:	
¿Se necesita intérprete? SÍ / NO		
Padre/madre/tutor:	Relación con el niño:	
Dirección postal:  _____		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:	Teléfono secundario:	
Escuela:	Distrito escolar:	
Maestro/Maestro de educación especial:	Teléfono:  Fax:	
De cero a tres años/Apoyo temprano:	Teléfono:  Fax:	
Fisioterapeuta/Número de teléfono/Fax:	Terapeuta ocupacional/Número de teléfono/Fax:	
Logopeda/Número de teléfono/FAX:	OTROS:	



**Lewis County Autism Coalition**  
375 Linhart Ave NE, Suite B  
Napavine, WA 98565  
Teléfono: 253-421-3671  
Sitio web: www.lcautism.org

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

**PROPÓSITO:** Como padre o tutor, usted tiene derecho a otorgar o negar su permiso para la divulgación de los registros de su hijo a otras personas u organismos. Al firmar esta autorización, usted autoriza el intercambio de 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 Médico Escolar de Revisión del Autismo (SMART)** y las agencias/personas que se enumeran a continuación:

<b>Coalición de Autismo del Condado de Lewis</b>
375 Linhart AVE NE, Suite B, Napavine, WA 98565 Teléfono: 253-421-3671 Fax: Correo electrónico: outreach@lcautism.org
Proveedor de atención primaria:
Proveedor de intervención temprana/apoyo:
Guardería:
Terapeuta:
Distrito escolar:
Otro:
Otros:

**Los registros que se intercambiarán incluyen:**

**Información médica/historial médico/resultados de evaluaciones/valoraciones, información sobre el desarrollo/informes educativos (progreso/IEP/504/IFSP) y cualquier expediente escolar pertinente.**

**Esta autorización es válida desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_. Si no se especifica lo contrario, esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha de su firma.**

Entiendo que la información obtenida se tratará de manera confidencial y que mi consentimiento para la divulgación de los registros es voluntario, y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, por escrito. Si retiro mi consentimiento, este no se aplicará a la información ya proporcionada en virtud del consentimiento previo.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente (si el paciente tiene 13 años o más) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Lewis County Autism Coalition**  
 375 Linhart Ave NE, Suite B  
 Napavine, WA 98565  
 Teléfono: 253-421-3671  
 Sitio web: www.lcautism.org

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_  
**Nombre de la persona que rellena el formulario:** \_\_\_\_\_ **Relación con el niño:** \_\_\_\_\_

### HERRAMIENTA INTELIGENTE

Comunicación e interacción social	Verdadero	Falso
Dificultades para mantener una conversación (adecuada al nivel de lenguaje) Ejemplo: No añade nada nuevo ni hace preguntas en respuesta a los comentarios que se le ha hecho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta, reducción o deterioro de las respuestas a las iniciativas sociales de los demás. <i>Ejemplo: No responde cuando se le llama por su nombre ni reconoce a los demás.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausencia o reducción del uso de gestos para comunicarse. <i>Ejemplo: No dice adiós con la mano, no asiente con la cabeza para decir sí o no, no lanza besos.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades para mantener el contacto visual durante las interacciones sociales. <i>Ejemplo: mira hacia un lado o a la boca en lugar de a los ojos cuando se le habla.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficit en el uso de expresiones faciales para comunicarse. <i>Ejemplo: No frunce el ceño, no pone morros, no parece sorprendido.</i> Déficit en el uso de expresiones faciales para comunicarse. <i>Ejemplo: No frunce el ceño, no pone morros ni muestra sorpresa.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de interés o interés reducido por los compañeros (apropiado para el nivel de desarrollo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta, disminución o deterioro de la iniciativa para interactuar con los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preferencia reducida por algunos compañeros frente a otros/dificultades para entablar amistades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrasos o falta de juegos variados y apropiados para la edad con compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses y actividades	Verdadero	Falso
Tiene características atípicas en el habla (por ejemplo, eco, jerga, ritmo o volumen inusuales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene gestos corporales repetitivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacciona negativamente a los cambios en la rutina/insiste en que todo siga igual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene rituales de comportamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene rituales verbales (por ejemplo, debe decir cosas o hacer que otros digan cosas de una manera determinada).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene intereses específicos que son inusuales en cuanto a su intensidad (por ejemplo, aficiones de intensidad inusual).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participa en una gama limitada de actividades/Tiene un repertorio de conductas limitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestra hiperreactividad ante los estímulos sensoriales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestra hiporreactividad ante los estímulos sensoriales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestra intereses y preferencias sensoriales inusuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportamiento disruptivo	Verdadero	Falso
Participa en comportamientos agresivos y/o destructivos hacia sí mismo, hacia otros o hacia objetos (por ejemplo, autolesiones, fugas, destrucción de la propiedad).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, escriba sus comentarios en el reverso de esta página. Haga copias si es necesario.



**Lewis County Autism Coalition**  
 375 Linhart Ave NE, Suite B  
 Napavine, WA 98565  
 Teléfono: 253-421-3671  
 Sitio web: www.lcautism.org

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_  
**Nombre de la persona que rellena el formulario:** \_\_\_\_\_ **Relación con el niño:** \_\_\_\_\_

### HERRAMIENTA INTELIGENTE

Comunicación e interacción social	Verdadero	Falso
Dificultades para mantener una conversación (adecuada al nivel de lenguaje) Ejemplo: No añade nada nuevo ni hace preguntas en respuesta a los comentarios que se le ha hecho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta, reducción o deterioro de las respuestas a las iniciativas sociales de los demás. <i>Ejemplo: No responde cuando se le llama por su nombre ni reconoce a los demás.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausencia o reducción del uso de gestos para comunicarse. <i>Ejemplo: No dice adiós con la mano, no asiente con la cabeza para decir sí o no, no lanza besos.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades para mantener el contacto visual durante las interacciones sociales. <i>Ejemplo: mira hacia un lado o a la boca en lugar de a los ojos cuando se le habla.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficit en el uso de expresiones faciales para comunicarse. <i>Ejemplo: No frunce el ceño, no pone morros, no parece sorprendido.</i> Déficit en el uso de expresiones faciales para comunicarse. <i>Ejemplo: No frunce el ceño, no pone morros ni muestra sorpresa.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de interés o interés reducido por los compañeros (apropiado para el nivel de desarrollo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta, disminución o deterioro de la iniciativa para interactuar con los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preferencia reducida por algunos compañeros frente a otros/dificultades para entablar amistades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrasos o falta de juegos variados y apropiados para la edad con compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses y actividades	Verdadero	Falso
Tiene características atípicas en el habla (por ejemplo, eco, jerga, ritmo o volumen inusuales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene gestos corporales repetitivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacciona negativamente a los cambios en la rutina/insiste en que todo siga igual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene rituales de comportamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene rituales verbales (por ejemplo, debe decir cosas o hacer que otros digan cosas de una manera determinada).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene intereses específicos que son inusuales en cuanto a su intensidad (por ejemplo, aficiones de intensidad inusual).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participa en una gama limitada de actividades/Tiene un repertorio de conductas limitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestra hiperreactividad ante los estímulos sensoriales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestra hiporreactividad ante los estímulos sensoriales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestra intereses y preferencias sensoriales inusuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportamiento disruptivo	Verdadero	Falso
Participa en comportamientos agresivos y/o destructivos hacia sí mismo, hacia otros o hacia objetos (por ejemplo, autolesiones, fugas, destrucción de la propiedad).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Por favor, escriba sus comentarios en el reverso de esta página. Haga copias si es necesario**



**Lewis County Autism Coalition**  
 375 Linhart Ave NE, Suite B  
 Napavine, WA 98565  
 Teléfono: 253-421-3671  
 Sitio web: www.lcautism.org

## Formulario de Información del Paciente

<b>Nombre del paciente</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
<b>Persona que completa el formulario</b>	<b>Relación</b>
<b>Teléfono durante el día</b>	<b>Teléfono del trabajo</b>
<b>Escuela actual/Teléfono</b>	<b>Grado</b>
	<b>Nombre del maestro</b>

**IMPORTANTE:** Envíe estos formularios completados junto con copias de las boletas de calificaciones de los últimos cursos completados, todos los informes psicológicos y cualquier evaluación de asesoramiento. Complete toda la información. Después de revisar esta información, nuestra oficina se pondrá en contacto con usted para informarle de los siguientes pasos.

Ubicación actual del niño (marque la casilla correspondiente)	Adulto con el que vive el niño >50 % del tiempo	Adultos que no viven en el hogar, pero que se ocupan del niño
Madre biológica		
Padre biológico		
Madrastra		
Padrastra		
Madre adoptiva		
Padre adoptivo		
Pariente (especificar)		
Otro (especificar)		

**Explique brevemente sus inquietudes:**

---



---



---

¿Cuándo comenzó a preocuparse? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus objetivos para esta evaluación? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha recibido alguna vez el diagnóstico de un trastorno del espectro autista? \_ SÍ\_ NO

Si la respuesta es sí, ¿en qué mes y año? \_\_\_\_\_

Y ¿quién lo diagnosticó? \_\_\_\_\_



## Historial escolar

1. Enumere los centros educativos a los que ha asistido en orden cronológico, empezando por el más reciente:

Escuela	Cursos cursados	Ciudad, estado

2. Comente el progreso *académico* de su hijo en cada uno de estos niveles escribiendo «**Bueno**», «**Regular**», «**Deficiente**» o «**No aplicable**» (N/A) en las casillas correspondientes.

	Preescolar	Jardín de niños	Grados 1.º-3.º	Grados 4-5	Grados 6-8	Grados 9-12
Relación con los compañeros						
Relación con los hermanos						
Relación con los padres						
Relación con los maestros						
Rendimiento escolar general						
Comportamiento en escuela						
Participación en actividades Extraescolares o deportes						
Capacidad de organización						
Interrupción de la clase						
Seguir instrucciones/reglas						
Realización de las tareas escolares						
Realización de las tareas domésticas						



3. Según su conocimiento, ¿en qué nivel de grado se encuentra su hijo?

Lectura	Matemáticas	Ortografía
Por encima del nivel de su grado	Por encima del nivel de su grado	Por encima del nivel de su grado
Nivel del grado	En el nivel del grado	Nivel del grado
Por debajo del nivel de grado	Por debajo del nivel de grado	Por debajo del nivel de grado

4. Ubicación actual en la clase (marque con un círculo): **clase regular o clase especial** (si es así, especifique qué tipo de clase especial):

---



---



---

5. ¿Ha participado su hijo alguna vez en algún otro tipo de programa de educación especial? En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo? (si procede)

Sí	No	Duración	Tipo de programa de educación especial
			Clase para discapacidades de aprendizaje
			Clase para trastornos de conducta
			Clase de habilidades dirigida por un trabajador social o un consejero escolar
			Sala de recursos
			Tutoría privada o asistente individual
			Otros (especifique):



**Lewis County Autism Coalition**  
 375 Linhart Ave NE, Suite B  
 Napavine, WA 98565  
 Teléfono: 253-421-3671  
 Sitio web: www.lcautism.org

6. ¿Se ha intentado alguna modificación educativa adicional?

Sí	No	¿Cuándo?	Tipo de modificación educativa
			Clases particulares
			Programa de modificación del comportamiento
			Boletines de calificaciones diarios o semanales
			Asistencia para tomar apuntes en clase
			Libros en cinta para los textos escolares
			Capacitación y uso de computadoras

7. Responda a las siguientes preguntas

Sí	No	¿Cuándo?	¿Alguna vez su hijo ha...
			¿Ha sido suspendido de la escuela?
			¿Ha sido expulsado de la escuela?
			Repetido un curso?
			¿Ha tenido dificultades para expresarse verbalmente?
			¿Ha tenido dificultades para comprender instrucciones verbales?
			¿Ha tenido dificultades o impedimentos del habla?
			¿Ha recibido terapia del habla o terapia ocupacional?

8. Enumere cualquier prueba académica, evaluación psicológica y evaluación médica que se le haya realizado anteriormente a su hijo por problemas de aprendizaje (BASC, STAT, MCHAT, ASQ, MAT, WISC-R, CPT, WRAT, etc.).

---



---



---



**Lewis County Autism Coalition**  
375 Linhart Ave NE, Suite B  
Napavine, WA 98565  
Teléfono: 253-421-3671  
Sitio web: [www.lcautism.org](http://www.lcautism.org)

9. ¿Cómo describiría el aprendizaje y la capacidad para resolver problemas de su hijo en comparación con otros niños de la misma edad?

---

---

---

---





## Preocupaciones sobre el estado de ánimo y la ansiedad

1. ¿Qué preocupaciones tiene sobre las emociones o el estado de ánimo de su hijo?

---



---



---



---



---

2. Algunos niños con TEA parecen excesivamente **ansiosos**. ¿Cuáles de las siguientes son preocupaciones *importantes* en este momento?

Sí	No	
		Preocupación poco realista por acontecimientos futuros
		Preocupación excesiva por el trabajo escolar
		Se culpa a sí mismo por cosas que no son culpa suya
		Se preocupa en exceso por su rendimiento deportivo
		Preocupación excesiva por los acontecimientos negativos que ocurren en el mundo
		Preocupación excesiva por acontecimientos futuros
		Se preocupa en exceso por enfermarse o morir
		Es muy tímido o necesita que le tranquilicen en exceso
		Quejarse con frecuencia de dolores y molestias físicas
		Mucha miedo a conocer gente nueva o a las situaciones sociales
		Tiene pesadillas frecuentes.

¿Cuándo comenzaron estas preocupaciones? Especifique la edad:

Describe las respuestas afirmativas anteriores:

Otros comentarios:



**Lewis County Autism Coalition**  
375 Linhart Ave NE, Suite B  
Napavine, WA 98565  
Teléfono: 253-421-3671  
Sitio web: [www.lcautism.org](http://www.lcautism.org)

3. Algunos niños con TEA parecen **deprimidos** o experimentan problemas emocionales y de conducta que pueden afectar a su vida cotidiana. Indique si alguna de las siguientes situaciones le preocupa en este momento.

Sí	No	
		Triste o irritable la mayor parte del día, casi todos los días
		Disminución del placer en actividades que antes le gustaban
		Cambios en el apetito o aumento o pérdida de peso inexplicables
		Dificultad para conciliar el sueño
		Dormir en exceso casi todos los días
		Fatiga o pérdida de energía
		Agitación, nerviosismo
		Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva
		Dificultad para concentrarse, más olvidadizo de lo habitual
		Pensamientos o intentos suicidas

¿Cuándo comenzaron estos problemas? Especifique la edad:

Describa las respuestas afirmativas anteriores:

Otros comentarios:



4. Algunos niños con TEA experimentan **compulsiones o tics** notables. ¿Cuáles de los siguientes son preocupaciones *significativas* en este momento?

Sí	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, revisar, girar, etc.)?
		Miedo a volverse agresivo con los demás
		Obsesiones religiosas
		Obsesión por los gérmenes, las enfermedades o la higiene
		Obsesiones por llegar a tiempo o llegar tarde
		Obsesiones por seguir las reglas
		Lavarse las manos en exceso
		Comprobar cerraduras, hornos, etc.
		Ordenar objetos de determinada manera
		Contar objetos de forma obsesiva
		Repetir palabras de forma repetitiva
		Tics motores (por ejemplo, parpadear, entrecerrar los ojos, espasmos faciales, encogerse de hombros)
		Tics vocales (por ejemplo, olfatear, aclararse la garganta, toser por costumbre, tararear, hacer ruidos).
		Morderse los labios o morderse las uñas

¿Cuándo comenzaron estos problemas? Especifique la edad:

Describe las respuestas afirmativas anteriores:

Otros comentarios:



## Interacción social

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

---



---



---

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

---



---



---

3. ¿Su hijo juega principalmente con niños:

de su misma edad? \_\_\_\_\_ mayores? \_\_\_\_\_ ¿Más pequeños? \_\_\_\_\_

Sí	No	¿Su hijo...
		¿Responde a las recompensas positivas?
		¿Entiende o utiliza el lenguaje corporal para expresarse?
		Participa en juegos imaginarios?
		Tiene reacciones anormales o inusuales cuando algo le toca?
		¿Muestra una reticencia extrema a cuidar su higiene personal?
		¿Tiene amigos con los que juega habitualmente?
		¿Habla con personas que no están presentes?
		¿Cree que es otra persona?
		¿Cree que oye voces que le hablan?
		¿Ve cosas que no están ahí?



## Historia social

1. ¿Tu actual cónyuge o pareja es el padre o la madre biológica del niño?

---

---

2. ¿Cómo describiría el funcionamiento de su hogar familiar (marque todas las opciones que correspondan)?

<b>Cálido</b>	<b>Amistoso</b>	<b>Cariños</b>	<b>Cuidadoso</b>	<b>Sin estrés</b>
<b>Caótica</b>	<b>En crisis</b>	<b>Inestable</b>	<b>Estresante</b>	
<b>Otro:</b>				

3. Enumere todas las personas que viven en el hogar del niño y su relación con él:

Nombre de la persona	Edad	Relación con el niño

4. Padre/cuidador 1 Trabajo/lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Padre/cuidador 2, trabajo/lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Nivel educativo más alto del padre/cuidador 1: \_\_\_\_\_

Nivel educativo más alto del padre/cuidador 2: \_\_\_\_\_



6. Tipos de disciplina que utiliza con su hijo:

Sí	No	
		Reprimendas o correcciones verbales
		Tiempo fuera (aislamiento)
		Pérdida de privilegios
		Recompensas por comportamiento positivo
		Ignorar el comportamiento negativo
		Castigo físico (por ejemplo, azotes)
		Ceder ante el niño
		Evitar al niño

7. ¿Ha ocurrido alguno de los siguientes acontecimientos estresantes en los últimos dos años?

Sí	No	
		Divorcio o separación de los padres
		Cambio en el cuidador principal
		El cuidador tiene una nueva pareja que vive con él
		Accidente o enfermedad en la familia
		Fallecimiento en la familia
		Los papás cambiaron o perdieron su trabajo
		Cambio de escuela
		La familia se mudó
		Problemas económicos familiares
		Trauma psicológico grave (especificar):
		Otro (especifique):



**Lewis County Autism Coalition**  
375 Linhart Ave NE, Suite B  
Napavine, WA 98565  
Teléfono: 253-421-3671  
Sitio web: [www.lcautism.org](http://www.lcautism.org)

8. ¿Su hijo obedece las órdenes *iniciales*?

**La mayoría de las veces**

**Algunas veces**

**Casi nunca**

9. ¿Su hijo *acaba* obedeciendo las órdenes?

**La mayoría de las veces**

**Algunas veces**

**Casi nunca**

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 menos le gusta hacer a su hijo?

---

---

13. ¿Cuáles son las áreas en las que su hijo tiene mayores logros?

---

---



**Lewis County Autism Coalition**  
375 Linhart Ave NE, Suite B  
Napavine, WA 98565  
Teléfono: 253-421-3671  
Sitio web: [www.lcautism.org](http://www.lcautism.org)

14. Cuántas horas al día dedica su hijo a:

En la computadora: \_\_\_\_\_

Viendo la tele: \_\_\_\_\_

Jugando videojuegos: \_\_\_\_\_

Leyendo: \_\_\_\_\_

Jugando al aire libre: \_\_\_\_\_



## Evaluación del desarrollo

### Embarazo

1. Edad de la mamá cuando nació el niño: \_\_\_\_\_ Duración del embarazo (semanas): \_\_\_\_\_
2. ¿Algún problema de salud o infección de la mamá durante el embarazo? En caso afirmativo, especifique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Medicamentos tomados por la madre durante el embarazo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿La madre fumó durante el embarazo? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes al día? \_\_\_\_\_
5. ¿Consumo de drogas por parte de la madre durante el embarazo? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿qué drogas? \_\_\_\_\_  
¿Consumo de alcohol durante el embarazo? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuánto/qué tipo? \_\_\_\_\_  
¿Consumo de drogas por parte del padre en el momento de la concepción? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿qué drogas?  
\_\_\_\_\_

### Parto/Curso de puericultura

1. Tipo de parto (marque con un círculo): espontáneo o inducido
2. Tipo de parto (marque con una X):
  - Normal/vaginal
  - de nalgas
  - Cesárea
3. Peso al nacer \_\_\_\_\_
4. ¿Hubo complicaciones durante el parto o después?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



5. ¿Su recién nacido necesitó oxígeno durante más de 4 horas después del parto?
6. ¿Tu hijo tuvo ictericia cuando era bebé? \_\_\_\_\_ ¿Necesitó fototerapia? \_\_\_\_\_
7. ¿Tu hijo tuvo alguna infección cuando era bebé? \_\_\_\_\_
8. Número de días que estuvo hospitalizado después del parto: \_\_\_\_\_
9. ¿Alguna complicación de salud en su recién nacido después del nacimiento?

---



---

### **Periodo de infancia/primer infancia**

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Infancia</b>
		¿Hubo problemas de alimentación durante la primera infancia (0-4 meses de edad)?
		¿Era difícil acunar 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?
		¿El bebé tenía algún problema congénito?
		¿Diría que su bebé era difícil (no se calmaba fácilmente ni seguía un horario, lloraba en exceso)?
		¿El bebé estaba excesivamente inquieto?
<b>Niño pequeño</b>		
		¿El niño pequeño se comportaba mal con los demás?
		¿El niño pequeño tenía rabietas excesivas?
		¿Era insistente y exigente?
		¿Era el niño pequeño extremadamente activo, metiéndose en todo?
		¿Era propenso a los accidentes o torpe?



**Lewis County Autism Coalition**  
375 Linhart Ave NE, Suite B  
Napavine, WA 98565  
Teléfono: 253-421-3671  
Sitio web: [www.lcautism.org](http://www.lcautism.org)

## Hitos del desarrollo

¿A qué edad sonrió el niño?	
¿A qué edad se dio la vuelta?	
¿A qué edad se sentó?	
¿A qué edad empezó a gatear?	
¿A qué edad empezó a caminar el niño?	
¿A qué edad empezó a decir palabras sueltas (aparte de papá/mamá)?	
¿A qué edad empezó a encadenar dos o más palabras?	
¿A qué edad empezó a hablar con oraciones completas?	
¿A qué edad logró controlar la vejiga?	
¿A qué edad aprendió a andar en triciclo?	
¿A qué edad montó en bicicleta sin rueditas?	
¿A qué edad el niño se abrochó la ropa?	
¿A qué edad el niño aprendió a atarse los cordones de los zapatos?	
¿A qué edad el niño nombró los colores?	
¿A qué edad el niño recitó el alfabeto?	
¿A qué edad comenzó a leer?	



## Historial médico

### Preocupaciones

1. Califique a su hijo en los siguientes aspectos:

Bien	Normal	Mal	
			Salud general
			Audición
			Visión
			Caminar
			Correr
			Lanzar
			Atrapar
			Atarse los cordones de los zapatos
			Abrocharse los botones
			Escribir a mano
			Capacidad atlética

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

---

---

3. ¿Cuándo se presentó la enfermedad crónica?

---

---



4. ¿Ha padecido su hijo alguna de las siguientes enfermedades?

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

5. ¿Su hijo ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

Sí	No	
		Soplo cardíaco
		Problema del ritmo cardíaco (arritmia)
		Cirugía cardíaca
		Dolor torácico inexplicable al hacer ejercicio
		Dificultad para respirar al hacer ejercicio
		Incapacidad inexplicable para seguir el ritmo de otros niños durante el ejercicio
		Taquicardia inexplicable sin motivo aparente
		Palpitaciones (latidos cardíacos irregulares) sin motivo aparente
		Desmayo repentino sin motivo aparente
		Desmayos o pérdida del conocimiento



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

Sí	No	
		Fracturas
		Laceraciones graves
		Lesión en la cabeza, coma, amnesia
		Contusiones graves
		Lavado de estómago (intoxicación)
		Lesión ocular
		Suturas (puntos)

7. ¿Existe alguna sospecha de consumo de alcohol o drogas por parte del niño o adolescente?

\_\_\_\_\_

8. ¿Existen antecedentes de traumatismos? \_\_\_\_\_

9. ¿Su hijo tiene problemas para dormir? SÍ/NO

10. ¿Hay un televisor en la habitación de su hijo? SÍ / NO

11. ¿El niño duerme solo? SÍ / NO

12. ¿A qué hora se acuesta su hijo? \_\_\_\_\_

13. ¿A qué hora se duerme realmente? \_\_\_\_\_

14. ¿A qué hora se despierta su hijo los días de colegio? \_\_\_\_\_ ¿Y los fines de semana? \_\_\_\_\_

15. ¿Su hijo/a ronca? SÍ / NO ¿Su hijo/a tiene un sueño inquieto? SÍ / NO

16. ¿Su hijo tiene algún problema de enuresis o defecación en los pantalones? \_\_\_\_\_

17. ¿Tu hijo tiene algún síntoma de trastorno alimentario? \_\_\_\_\_



## Historial de tratamientos

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

Profesional	Número de teléfono

2. ¿Ha probado alguna de las siguientes intervenciones para el comportamiento de su hijo (describalas)?

Cambios en la dieta: \_\_\_\_\_ Suplementos/vitaminas: \_\_\_\_\_

Remedios naturales:

---



---

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

Sí	Duración	¿Se observaron efectos positivos?	¿Efectos secundarios o problemas?	Medicamento
				Metilfenidato/Ritalin
				Concerta
				Focalin
				Dextroanfetamina/Dexedrina
				Adderall/Adderall XR
				Antidepresivos
				Estabilizadores del estado de ánimo
				Anticonvulsivos
				Otros:



**Lewis County Autism Coalition**  
375 Linhart Ave NE, Suite B  
Napavine, WA 98565  
Teléfono: 253-421-3671  
Sitio web: [www.lcautism.org](http://www.lcautism.org)

4. ¿Ha recibido su hijo alguna vez alguno de los siguientes tipos de tratamiento psicológico?

Sí	No	Duración	
			Psicoterapia individual o asesoramiento
			Psicoterapia o asesoramiento grupal
			Terapia familiar con el niño
			Evaluación y tratamiento hospitalario
			Tratamiento residencial (incluido el tratamiento por consumo de drogas y alcohol)



## Antecedentes familiares

### Antecedentes familiares del padre

Compruebe si alguien de la familia paterna ha tenido los siguientes problemas:

Relación con el niño	Padre	Abuela paterna	Abuelo paterno	Tías paternas	Tíos paternos
Problemas de agresividad, rebeldía y comportamiento oposicionista durante la infancia					
Problemas de atención, hiperactividad y control de impulsos durante la infancia					
Dificultades de aprendizaje o bajo rendimiento escolar en la escuela					
No se graduó de la preparatoria					
Retraso mental					
Autismo o trastorno generalizado del desarrollo					
Psicosis o esquizofrenia					
Hospitalización en un hospital psiquiátrico o mental					
Depresión superior a dos semanas					
Trastorno de ansiedad					
Trastorno obsesivo-compulsivo					
Trastorno bipolar o maníaco-depresivo					
Tics o síndrome de Tourette					
Abuso de alcohol					
Abuso de sustancias					
Conducta antisocial (agresiones, robos, etc.)					
Detención o encarcelamiento					
Autor de abusos físicos					
Perpetrador de abuso sexual					
Víctima de abuso físico					
Víctima de abuso sexual					
Problemas del ritmo cardíaco/arritmias					
Muerte súbita por problemas cardíacos antes de los 50 años					
Cardiopatía congénita					

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



## Antecedentes familiares por parte de la madre

Marque si alguien de la familia materna ha tenido los siguientes problemas:

Relación con el niño	Madre	Abuela materna	Abuelo materno	Tías maternas	Tíos maternos
Problemas de agresividad, rebeldía y comportamiento oposicionista durante la infancia					
Problemas de atención, hiperactividad y control de impulsos durante la infancia					
Dificultades de aprendizaje o bajo rendimiento escolar en la escuela					
No se graduó de la preparatoria					
Retraso mental					
Autismo o trastorno generalizado del desarrollo					
Psicosis o esquizofrenia					
Hospitalización en un hospital psiquiátrico o mental					
Depresión superior a dos semanas					
Trastorno de ansiedad					
Trastorno obsesivo-compulsivo					
Trastorno bipolar o maniaco-depresivo					
Tics o síndrome de Tourette					
Abuso de alcohol					
Abuso de sustancias					
Conducta antisocial (agresiones, robos, etc.)					
Detención o encarcelamiento					
Autor de abusos físicos					
Perpetrador de abuso sexual					
Víctima de abuso físico					
Víctima de abuso sexual					
Problemas del ritmo cardíaco/arritmias					
Muerte súbita por problemas cardíacos antes de los 50 años					
Cardiopatía congénita					

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



## Hermanos Antecedentes familiares

Marque si alguno de los hermanos de su hijo ha tenido alguno de los siguientes problemas:

Relación con el niño	Hermano	Hermano	Hermana	Hermana	
Problemas de agresividad, rebeldía y comportamiento oposicionista durante la infancia					
Problemas de atención, hiperactividad y control de impulsos durante la infancia					
Dificultades de aprendizaje o bajo rendimiento escolar					
No haber terminado la preparatoria					
Retraso mental					
Autismo o trastorno generalizado del desarrollo o esquizofrenia					
Psicosis o esquizofrenia					
Hospitalización en un hospital psiquiátrico o mental					
Depresión superior a dos semanas					
Trastorno de ansiedad					
Trastorno obsesivo compulsivo					
Trastorno bipolar o maníaco-depresivo					
Tics o síndrome de Tourette					
Abuso de alcohol					
Abuso de sustancias					
Conducta antisocial (agresiones, robos, etc.)					
Detención o encarcelamiento					
Autor de abusos físicos					
Perpetrador de abuso sexual					
Víctima de abuso físico					
Víctima de abuso sexual					
Problemas del ritmo cardíaco/arritmias					
Muerte súbita por problemas cardíacos antes de los 50 años					
Cardiopatía congénita					

Describa cualquier respuesta afirmativa anterior (por ejemplo, qué diagnósticos o tratamientos se le administraron):



**Lewis County Autism Coalition**  
375 Linhart Ave NE, Suite B  
Napavine, WA 98565  
Teléfono: 253-421-3671  
Sitio web: [www.lcautism.org](http://www.lcautism.org)

### **Medicamentos actuales y remedios naturales**

Enumere cualquier medicamento (de venta libre o recetado) o remedio herbal/natural que su hijo esté tomando actualmente:

toma *actualmente*:

---

---

---

Algunos niños tienen dificultades para mantener el contacto visual. ¿Cuáles de los siguientes han sido o son problemas importantes?

S/N Establecer contacto visual con adultos

S/N Establecer contacto visual con sus compañeros

S/N Establecer contacto visual durante el primer año de vida

Describa las respuestas afirmativas anteriores:

Algunos niños tienen dificultades para interactuar socialmente. ¿Cuáles de los siguientes son problemas significativos?

S/N Disfrutar de la socialización con otros niños

S/N Buscar a otros niños para jugar

S/N Jugar cooperativamente con otros niños

Describa las respuestas afirmativas anteriores:



**Lewis County Autism Coalition**  
375 Linhart Ave NE, Suite B  
Napavine, WA 98565  
Teléfono: 253-421-3671  
Sitio web: [www.lcautism.org](http://www.lcautism.org)

Algunos niños tienen comportamientos repetitivos, como agitar las manos, correr en círculos específicos, girar o dar vueltas. ¿Ha notado comportamientos repetitivos en su hijo?

Algunos niños tienen preocupaciones inusuales, como un interés específico por un juguete, un programa de televisión, un libro o un personaje. ¿Ha notado alguna preocupación inusual en su hijo?

Algunos niños tienen sensibilidades sensoriales inusuales, como a los ruidos, las luces o las texturas de la ropa o la comida. ¿Ha notado alguna sensibilidad sensorial en su hijo?



**Lewis County Autism Coalition**  
375 Linhart Ave NE, Suite B  
Napavine, WA 98565  
Teléfono: 253-421-3671  
Sitio web: [www.lcautism.org](http://www.lcautism.org)

Algunos niños tienen intereses sensoriales inusuales, como oler cosas, tocar cosas u observar cosas que giran. ¿Ha notado algún interés sensorial inusual en su hijo?

Algunos niños tienen un deseo de estructura o una necesidad de rutinas específicas. ¿Ha notado en su hijo un deseo de estructura o una necesidad de rutinas específicas?

¿Su hijo ha sufrido o presenciado alguna vez algún tipo de abuso emocional, físico o sexual u otro tipo de trauma?



**Lewis County Autism Coalition**  
375 Linhart Ave NE, Suite B  
Napavine, WA 98565  
Teléfono: 253-421-3671  
Sitio web: [www.lcautism.org](http://www.lcautism.org)

*¡Gracias!*

*Envíe estos documentos y otros formularios SMART a:*

**Lewis County Autism Coalition**

375 Linhart Ave NE, Suite B

Napavine, WA 98565

Teléfono: 253-421-3671

Correo electrónico: [outreach@lcautism.org](mailto:outreach@lcautism.org)