

Clínica de Evaluación del Espectro Autista
Apéndice de Información del Niño
Por favor complete todas las secciones - 4 páginas

Nombre del Niño: _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Existe algún historial de problemas del desarrollo o del comportamiento en la familia inmediata del niño?
Por favor seleccione cada opción que se aplique.

	Mamá	Papá	Hermano/a	Abuelo/a	Otro (tías, tíos, primos)
Trastorno del espectro autista					
Problemas del lenguaje					
Problemas de aprendizaje					
Problemas de la atención					
Otras demoras del desarrollo					
Condiciones genéticas					
Problemas neurológicos					
Crisis epilépticos (convulsiones)					
Ansiedad					
Depresión					
Abuso de alcohol o sustancias					
Otros problemas de la salud mental o de comportamiento					

HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO

¿Hubo algún problema o complicación durante el **embarazo**? Sí No

Si contestó sí, por favor explique:

Si la mamá del niño usó cualquier sustancia mencionada abajo, por favor marque la caja y describa.

<input type="checkbox"/> Vitaminas o suplementos
<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados
<input type="checkbox"/> Tabaco
<input type="checkbox"/> Alcohol
<input type="checkbox"/> Otras drogas

¿Hubo alguna complicación o problema durante el **parto**? Sí No

Si contestó sí, por favor explique:

¿El niño nació a tiempo? Sí No ¿Cuántas semanas temprano? _____ ¿Cuántas semanas tarde? _____

Tipo de parto: _____ Peso cuando nació: _____

¿Hubo algún problema, complicación u hospitalización después del nacimiento? Sí No

Si contestó sí, por favor explique:

Por favor describa el temperamento/personalidad del niño durante los primeros meses de vida:

¿El niño ha sido afectado por cualquiera de lo siguiente? Seleccione todos que apliquen

Si contestó sí, por favor apunte la edad y explique cada área marcada.

	Edad	Comentarios
<input type="checkbox"/> Hospitalización		
<input type="checkbox"/> Crisis epilépticas		
<input type="checkbox"/> Alergias		
<input type="checkbox"/> Enfermedad notable		
<input type="checkbox"/> Heridas/Lesiones		
<input type="checkbox"/> Estudios médicos o consultas con especialistas		
<input type="checkbox"/> Inquietudes acerca del sueño		
<input type="checkbox"/> Inquietudes de la alimentación/dieta		
<input type="checkbox"/> Otras inquietudes (por favor especifique)		
<input type="checkbox"/> Otras inquietudes (por favor especifique)		

¿Cuándo fue el estudio/prueba de audición más reciente del niño? _____

¿Resultados? Pasó Reprobó

¿Cuándo fue el estudio/prueba de la vista más reciente del niño? _____

¿Resultados? Pasó Reprobó

Por favor escriba todos los diagnósticos que le han hecho al niño, junto con la edad, la fecha y el profesional médico que hizo el diagnóstico.

Diagnóstico	Edad	Fecha	Profesional médico/Agencia

Por favor apunte cualquier medicamento que el niño está tomando actualmente:

¿El niño ha sido afectado por lo siguiente?

Por favor marque cada opción que aplique y explique y explique cada área marcada.

<input type="checkbox"/> Adopción
<input type="checkbox"/> Cuidado de tutela temporal
<input type="checkbox"/> Violencia doméstica
<input type="checkbox"/> Abuso físico o sexual
<input type="checkbox"/> Divorcio/casarse de nuevo
<input type="checkbox"/> Drogas o uso de alcohol
<input type="checkbox"/> Enfermedad grave que corre en su familia
<input type="checkbox"/> Mudanza
<input type="checkbox"/> Otras inquietudes, por favor especifique

SERVICIOS EDUCATIVOS

¿El niño ha recibido servicios de educación especial en la escuela?

- Nunca pidió/fue remitido Elegibilidad fue negado Esperando la evaluación
- Tiene un Programa de Educación Individualizado (*IEP*) actualizado
- Tuvo un *IEP* en el pasado, pero ahora no

¿Cuándo fue la última vez que evaluaron al niño para servicios educativos?

Fecha: _____ Edad: _____ Grado: _____

Por favor incluya copias de las evaluaciones previas o reportes de tratamiento si están disponibles:

- Reportes para evaluaciones de la escuela
- Reporte actualizado del *IEP*
- Evaluaciones de la salud del comportamiento (por ejemplo: psicología, asistencia social)
- Reportes de especialistas médicos (por ejemplo: genética, neurología)

Si le gustaría que nuestro personal tenga el derecho de acceder a la información del niño directamente de otros profesionales médicos, escuelas o agencias, por favor complete y firme los formularios de “Autorización para pedir Información de la Salud.”

Por favor siéntese libre de incluir cualquier información adicional que gusta proporcionar.