



THE UNIVERSITY OF NEW MEXICO
HEALTH SCIENCES CENTER

Center for Development & Disability

2300 Menaul Blvd., N.E.
Albuquerque, NM 87107

*Autism and other Developmental
Disabilities' Programs Division*

Parent Home Training Program

Phone: (505) 272-3167
Fax: (505) 272-3140

Información de Contacto y Preferencias

Nombre: _____

Teléfono del Hogar: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de la casa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor indique como usted quisiera ser contactado (Elija todos los que apliquen):

- Teléfono del Hogar
- Teléfono Celular
- Teléfono del Trabajo
- Correo electrónico

Mejor hora del día para ser contactado

- Mañana (8 a.m. - 11 a.m.)
- Temprano en la tarde (11 a.m. - 2 p.m.)
- En la tarde (2 p.m. - 5 p.m.)
- En la noche (5 p.m. - 8 p.m.)

Por favor envíe su solicitud completa a:

The Autism Programs
Center for Development and Disability
Parent Home Training Program
University of New Mexico
2300 Menaul NE
Albuquerque, New Mexico 87107
Attn: Sylvia Acosta
505-272-4725
syacosta@salud.unm.edu



THE UNIVERSITY OF NEW MEXICO
HEALTH SCIENCES CENTER

Center for Development & Disability

2300 Menaul Blvd., N.E.
Albuquerque, NM 87107

*Autism and other Developmental
Disabilities' Programs Division*

Parent Home Training Program

Phone: (505) 925-6033

Fax: (505) 272-3140

Para uso oficial de los empleados del CDD:

Fecha de Referido: _____

Fecha de Ingreso: _____

Fecha de AoDD: _____

Iniciales del Niño(a): _____

¿Cómo escuchó sobre el Programa de Adiestramiento a los Padres en el Hogar?

¿Dónde y cuándo fue su niño(a) diagnosticado con trastornos del espectro autista?

¿Cuándo empezó a tener preocupaciones acerca del desarrollo de su hijo(a)?

Historial Familiar

¿Qué idiomas son utilizados en el hogar de su hijo(a)?

¿Quién vive en el hogar de su hijo(a)?

¿Alguien mas cuida a su hijo(a) regularmente?

¿Ha sido su niño(a) impactado por algún cambio familiar grande?

Adopción	Sí	No	Mudanza	Sí	No
Enfermedades Graves	Sí	No	Violencia Domestica	Sí	No
Cuidado temporero	Sí	No	Divorcio	Sí	No
Nuevo Matrimonio	Sí	No	Abuso de Substancias	Sí	No

¿Algún miembro de la familia inmediata del niño(a) tiene algún problema de desarrollo?

¿Algún miembro de la familia inmediata del niño(a) tiene alguna condición de salud mental o psiquiátrica?

Educación

¿Su niño(a) recibe actualmente servicios terapéuticos/educacionales de:

Un programa de intervención temprana? Sí No Un programa escolar? Sí No

De ser así, ¿que servicios recibe y cuan a menudo recibe estos servicios?

Preocupaciones Actuales

¿Usted tiene alguna preocupación acerca de la comunicación de su hijo(a)? ¿Cómo se comunica su hijo(a) con usted actualmente?

¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su hijo? Si es así; ¿cuáles son sus preocupaciones?

¿Cómo juega su hijo(a) y cómo se lleva con los demás?

¿Su hijo demuestra alguna preocupación sensorial? ¿Su hijo(a) demuestra responder muy poco o demasiado a cierto tipo de estímulo?

¿Usted ha empezado el adiestramiento para ir al baño ya?

¿Existe alguna otra preocupación que usted quiera compartir con nosotros?

Preocupaciones Médicas

¿Tiene su hijo(a) algún otro diagnóstico aparte del trastorno del espectro autista?

¿Está su hijo actualmente bajo medicamentos? (De ser así, por favor haga una lista de los medicamentos incluyendo los miligramos)

¿Su niño(a) alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?:

Hospitalización	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Alergias	Sí	No	Enfermedades Significativas	Sí	No
Fracturas	Sí	No	Problemas de la visión	Sí	No
Problemas de Audición	Sí	No	Problemas para dormir	Sí	No
Problemas Alimenticios	Sí	No			

Por favor describa los síntomas marcados “Si” en el espacio provisto abajo:

*****Por favor envíe copias disponibles del “IFSP’S” o “IEP’S” de su hijo(a) y de cualquier otro reporte médico, escolar o de terapia.**

Por favor envíe su solicitud completa ya sea por correo regular o electrónico a:

The Autism Programs
Center for Development and Disability
Parent Home Training Program
University of New Mexico
2300 Menaul NE
Albuquerque, New Mexico 87107
Attn: Sylvia Acosta
505-272-4725
syacosta@salud.unm.edu