



Center for Children with Autism
Aplicación para Matricula
Centro Para Niños con Autismo
(Ph) 214.333.7076
(Fax) 214.331.2486

I. INFORMACION DE IDENTIFICACION

Nombre del Niño

Fecha de Nacimiento

Dirección

Ciudad, Estado

Código Postal

Niño vive con:

Mama & Papa

Mama

Papa

Otro/Tutor Legal (por favor sea específico)

***** documentación de tutor legal tiene que acompañar aplicación**

Primer idioma en la casa: _____

Nombre de padre/tutor legal

Teléfono de Casa

Teléfono de trabajo

Teléfono celular/Numero de emergencia

Correo electrónico

Nombre y dirección de contacto en caso de emergencia

Teléfono de casa

Teléfono de trabajo

Teléfono celular/Numero de emergencia

Correo electrónico

Los otros niños en la familia:

Nombre	Edad	Nombre	Edad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Las horas de terapia que su niño puede asistir. Si usted puede traer su niño a mas de una de las horas por favor indica su preferencia en orden (i.e. 1,2,3)

_____ 9:30-11:30 a.m.

_____ 1:00 – 3:00 p.m.

_____ 3:30 – 5:30 p.m.

****Por favor toma nota: Si su hora de terapia que prefiere esta ocupado, su niño pasa a la lista de esperar.**

Días de la semana que le gustaría que su niño asiste:

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

¿Su niño esta recibiendo servicios de Metrocare Services? Si No

Si esta recibiendo servicios, que es lo que recibí: _____

Nombre de la Coordinadora/Trabajadora de Metrocare Services: _____

¿Como fue referido a nosotros? _____

II. Comportamiento de Adaptación:

A. Habilidades de auto-ayuda:

	i. Independiente	Con ayuda verbal	Ayuda física	(No va al baño solo ____)
Ir al baño	_____	_____	_____	
Vestirse	_____	_____	_____	
Comer	_____	_____	_____	
Bañarse	_____	_____	_____	
Lavar manos	_____	_____	_____	

B. Verbal/Habilidades de Comunicación

- No sonidos de habla
- 3-5 sonidos de habla
- Balbucea – con 3-5 sonidos de habla
- Balbucea con 5+ cinco sonidos
- Puede decir por lo menos 10 palabras
- Ecolalia (repetir)
- Usa palabras o frases cortas para comunicar sus necesidades.
- Modo primaria de comunicación es con senas
- Aproximado numero de senas
- Modo primaria de comunicación es con dibujos/PECS
- Aproximado numero de dibujos /PECS

III. Comportamiento

A. Comportamiento auto-estimulantes (ex: hacer ruidos/repetir frases, mover manos, moverse, girar, respiración profunda)

1. Motriz auto-estimulante: sea específico _____

_____ ocurre en todos los ambientes _____ ocurre principalmente cuando no esta involucrado con otros _____ no observado

2. Vocal Auto-estimulante: sea específico

_____ ocurre en todos los ambientes _____ ocurre principalmente cuando no esta involucrado _____ no observado

3. Otro Comportamiento auto-estimulatorio :

B. Auto-lastima: (sea específico)

- _____ Numero de veces/día
- _____ Ocurre en la casa
- _____ Ocurre en la escuela
- _____ Ocurre en todos los ambientes

Antecedentes (que lo provoca):

C. Agresión hacia otros: (sea específico) _____

_____ Numero de veces/día

_____ Ocurre en la casa

_____ Ocurre en todos los ambientes

Antecedentes (que lo provoca):

D. Otro Comportamiento difíciles (tache todo que aplica)

_____ responde negativamente a cambios del ambiente

_____ Pica (come cosa que no son comida) sea específico

_____ se arranca sin permiso (corre)

_____ escupir

_____ gritar/rabieta

_____ tirar/quebrar objetos

_____ auto-lastima(morder/golpear)

_____ no pone atención

_____ hiper actividad

_____ no conforme

_____ llorar

Por favor describe los problemas (circunstancias, respuestas al comportamiento, etc.): _____

EVALUACION - de las siguientes evaluaciones se han hecho, indica la fecha y nombre del profesional que dio el examen .

	FECHA	PROFESIONAL
1. Psicológico y/o evaluación educacional	_____	_____
2. Evaluación de habla y lenguaje	_____	_____
3. Examen de vista	_____	_____
4. Evaluación de oír	_____	_____
5. Evaluación Neurológico	_____	_____
6. Evaluación Medica	_____	_____

Terapia Actual:

		Veces por semana	
Terapia de habla/lenguaje	Si	No	_____
Terapia Ocupacional	Si	No	_____
Terapia ABA	Si	No	_____

Otro: _____

MEDICO: Mi niño tiene una condición medica que requiere atención.

****No incluye enfermedades rutinas:**

Alergias: _____

Nombre de Pediatra	Dirección	Teléfono
--------------------	-----------	----------

Historia Educativa

Historia Educativa – Todos las escuelas que ha ido :

	Curso	Año	Escuela
Actual:	_____	_____	_____
Pasado:	_____	_____	_____
Pasado:	_____	_____	_____

Describe dificultades : _____

¿Tiene amigos su niño? Si No ¿Su niño puede seguir instrucciones? Si No

Historia Medica

¿Su niño ha regresado al hospital desde que nació? Si No

Explique: _____

¿Su niño ha tenido una enfermedad o lastimado fuera de lo común?

¿Su niño tiene alergias? Si No Explique: _____

¿Muchos catarros? _____ ¿Su niño toma medicamentos? Si toma,
¿porque? _____

¿Su niño ha tenido examen de oír? Si No ¿Cuando? _____
¿Resultados? _____

¿Su niño tiene tubos en los oídos? Si No

¿Encuentra que la salud de su niño ha sido
Pobre mas o menos bueno excelente?

Información General

¿Que son las actividades favoritas de su niño?

¿Su niño ha participado en un programa de ABA? Si No Si ha participado, explique el programa: _____

Proporcionado de servicios
/Consultante: _____

Lugar/Fechas: _____

Nombre de
entrenadores: _____

Metas cumplidas: _____

Información de padres

Los padres: ___ casados ___ separados ___ divorciados

¿Quién tiene custodia del niño? _____

Ocupación del padre _____ Nivel de educación _____

Lugar de empleo _____

Ocupación de Madre _____ Nivel de educación _____

Lugar de empleo _____

Si los dos padres trabajan, que arreglos tiene para el cuidado del niño:

*****Una copia de las vacunas actuales tiene que ser proporcionado antes que empieza el niño.**

Yo afirmo que la información en esta aplicación es completa y una verdadera declaración de todos los hechos y circunstancias de la aplicación para matrícula de mi niño.

Padres/Firma Tutor

Fecha



Metrocare – *the provider of choice*