

**Equipo Multidisciplinario de Revisión del Autismo de Skagit  
Formulario de Admisión de Niños**



Fecha de Remisión		Remitido por		
Nombre del Niño		Fecha de Nacimiento	Edad	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Padre/Cuidador		Domicilio		
Teléfono Principal		Teléfono Secundario		
Correo Electrónico		Lenguaje Primario:	Necesita un Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Información de Seguro**

**Apple Health:**  Amerigroup  Community Health Plan of Washington  Coordinated Care  Molina

**Provider One number**

<b>Proveedor de Seguros Privados</b>	Nombre del Suscriptor
Número del Grupo	Número de I.D

**Información Médica**

Proveedor	Nombre e Información de contacto
<input type="checkbox"/> Proveedor de Atención Primaria	
<input type="checkbox"/> Speech/Language	
<input type="checkbox"/> OT	
<input type="checkbox"/> PT	
<input type="checkbox"/> Proveedor de Intervención Temprano	
<input type="checkbox"/> Distrito Escolar	
<input type="checkbox"/> Otros Proveedores Especializados	

**Revisión/Evaluación**

**¿Está usted en una lista de espera para cualquier evaluación o servicio? Si es así, ¿dónde y cuándo fue colocado en la lista?**

**Listas de verificación de observación:**  Padre  Guardería  Maestros  Médico  Psico  OT  PT  Logopeda  Otro

Screening/Evaluation	Provider	Date	Requested	Received	Notes
Hearing					
ASQ/ASQ S-E					
Speech/Language					
Social-Emotional					
Cognitive					
M-CHAT (16-30 mo)					
STAT (24-36 mo)					
ADOS					
ESIT Records/IFSP					
School Records/IEP					

